HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Etude sur l'implantation et l'utilisation de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »

Mars 2012

Le GCS EPSILIM est l'auteur de ce rapport.

Ce rapport, comme l'ensemble des publications, est téléchargeable sur

www.has-sante.fr

© Haute Autorité de Santé. 2012

Sommaire

1. Introduction 4

2. Contexte 6

3. Objectifs 6

4. Enjeux 7

5. Méthodologie 8

5.1 Modalités de mise en œuvre de l'étude **8**

5.2 Organisation de l'étude **8**

5.3 Restitution des résultats **11**

6. Résultats 12

6.1 Résultat de la phase 1 : enquête « établissement » **12**

6.2 Résultat de la phase 2 : enquête d'opinion *via* les questionnaires individuels **21**

6.3 Résultat de la phase 3 : audit observationnel de pratiques et entretiens **34**

7. Discussion 46

Annexes 47

Annexe 1 - Glossaire **48**

Annexe 2 - Questionnaire utilisé pour l'enquête collective (enquête déclarative) **49**

Annexe 3 - Questionnaire utilisé pour l'enquête individuelle (enquête déclarative) **53**

Annexe 4 – Guide d'observation **55**

Annexe 5 – Guide d'entretien **60**

1. Introduction

Améliorer la sécurité du patient au bloc opératoire est un objectif prioritaire pour la Haute Autorité de Santé et tous les acteurs de santé. L'un des leviers de cette amélioration est le travail en équipe. Ainsi, la HAS promeut l'utilisation d'une check-list (CL) « sécurité du patient au bloc opératoire » qui permet de vérifier avant toute intervention, de manière croisée au sein de l'équipe, un certain nombre de critères essentiels. L'efficacité de programmes type check-list a été montrée, sa mise en œuvre permettant de réduire de 30% les complications suite à une intervention chirurgicale[1].

Quelques mois après sa généralisation dans le cadre de la certification, la HAS a souhaité que soit réalisée une évaluation de sa mise en œuvre. Le GCS EPSILIM (Groupement de coopération sanitaire expertise, performance et systèmes d'information en Limousin) a proposé que cette évaluation se fasse sur la Région Limousin et l'a réalisée dans les établissements de santé de sa Région, en lien avec les responsables du projet à la HAS.

Cette étude a comporté trois volets :

- une enquête « établissement » auprès des établissements de la Région ayant une activité chirurgicale (9 établissements de santé participants, 1 questionnaire par établissement à renseigner en équipe) ;
- une enquête « professionnels » permettant le recueil d'un questionnaire individuel auprès d'un échantillon large et diversifié de professionnels (169 répondants) ;
- une observation sur site des pratiques (30 interventions observées) et des entretiens semi-directifs avec des professionnels (54 professionnels du bloc opératoire) dans un petit nombre d'établissements.

La check-list, largement diffusée et reconnue par les professionnels…

Dans les établissements où l'enquête a eu lieu, l'utilisation de la check-list est généralisée (78 % de « toujours » à la question « la check-list est-elle utilisée lors des interventions dans vos/votre bloc(s) ? »).

Son utilité est largement reconnue par les professionnels du bloc opératoire : les équipes interrogées ont ainsi toutes répondu « oui » ou « plutôt oui » à la question « la check-list vous semble-t-elle utile pour améliorer la sécurité des patients au bloc opératoire ? ». Interrogés individuellement, les professionnels estiment dans leur majorité que la check-list est « une opportunité pour éviter les erreurs et les dysfonctionnements lors de la réalisation d'une intervention » et « permet la vérification croisée de certains points essentiels avant la réalisation de l'intervention ». Son rôle de barrière de sécurité est attesté par les cas d'erreurs détectées grâce à la check-list (notamment des erreurs d'identification du patient) dont les professionnels ont fait état auprès des enquêteurs. Les entretiens qualitatifs ont confirmé que la check-list répond bien à une préoccupation des professionnels, conscients de leur rôle dans la sécurisation des processus au bloc opératoire.

… mais pas toujours mise en œuvre de manière optimale

Si la check-list est finalement connue des professionnels et reconnue comme utile, elle n'est pas pour autant utilisée de manière optimale.

[1] Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med 2009;360:491–9.

La check-list est encore considérée par beaucoup comme un document administratif (supplémentaire) à remplir (54 % des professionnels interrogés sont « tout à fait d'accord » avec cette affirmation). Cette perception de la check-list comme une formalité administrative, les problèmes de compréhension de certains items, ainsi que les tensions entre professions ou entre disciplines peuvent constituer des freins à l'appropriation : ainsi la « philosophie » de la check-list, visant à permettre le partage entre les membres de l'équipe et une vérification croisée des points critiques, est altérée.
Les résultats de l'observation sur site en témoignent. En effet les temps de pause ne sont pas toujours respectés : seules 38 % des interventions observées ont fait l'objet d'un temps de pause avant induction anesthésique. La verbalisation des critères n'est pas systématique. Seuls les items à vérifier auprès du patient font presque toujours l'objet d'une verbalisation. Le partage des informations au bloc est encore insuffisant, et les questions ne sont pas systématiquement formulées en équipe.

Les questions ont été formulées en équipe :

- pour seulement 13 % des interventions observées, lors du temps de pause avant induction anesthésique ;
- pour 33 % des interventions observées, lors des deux autres temps de pause.

L'utilisation de la check-list comme support d'analyse, en équipe, des situations qui donnent lieu à incident ou interruption de l'intervention, paraît encore insuffisamment développée, même si la certification a joué un rôle de levier dans ce domaine.

Les outils d'accompagnement proposés par la HAS sont méconnus. Les professionnels des établissements de santé peuvent avoir le sentiment de n'avoir eu jusqu'à présent que peu de recours pour travailler sur les freins à la mise en œuvre de la check-list, renforcer son appropriation et développer son évaluation.

La réponse de la HAS : « adapter la check-list pour mieux l'adopter »

Afin de répondre aux défis soulevés par les retours d'expérience sur la check-list, la HAS, ses partenaires professionnels et les représentants de patients ont décidé d'adopter un programme pour accompagner sa mise en œuvre.

En pratique, il est demandé aux institutionnels, aux leaders et aux professionnels des établissements de procéder à un « redéploiement » de la check-list dans leurs blocs, prenant en compte leurs spécificités et les freins identifiés, et donc de procéder aux adaptations nécessaires à une meilleure adoption.

Au travers de supports et programmes mis à disposition des établissements (guides de présentation, fiches synthétiques d'information, supports d'auto-évaluation, grilles d'interview, suivi d'indicateurs puis outils Web 2.0), le plan de redéploiement vise ainsi à :

- développer l'information des professionnels sur l'intérêt et les objectifs de programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité type check-list ;
- proposer des démarches destinées à favoriser leur appropriation par les différentes catégories de professionnels impliqués ;
- inciter les équipes à réfléchir sur l'organisation à mettre en œuvre pour favoriser ce mode de travail collaboratif ;
- mettre en avant le leadership indispensable pour porter ces dynamiques sécurité ;
- développer les revues d'analyse des dysfonctionnements détectés lors de l'utilisation de la check-list, ou à l'occasion des incidents ou accidents.

La HAS suivra et valorisera ce redéploiement au travers de la procédure de certification des établissements de santé et du programme inter spécialité du dispositif d'accréditation des médecins.

2. Contexte

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 234 millions d'interventions chirurgicales sont réalisées chaque année dans le monde. Dans les pays industrialisés, la mortalité en lien avec la chirurgie serait de 0,4 à 0,8 % et le taux de complications postopératoires graves serait de 3 à 16 % – dont la moitié est considérée comme évitable. C'est pourquoi l'OMS a lancé le programme « *Safe surgery saves lives* » (la chirurgie sûre sauve des vies) visant à réduire les taux de complications et de décès postopératoires. L'objectif de ce programme est de renforcer l'implication des équipes en s'appuyant sur des recommandations de bonnes pratiques afin d'améliorer la sécurité du patient en chirurgie.

Afin d'implanter ce programme, l'OMS a choisi de mettre en place une check-list permettant l'énoncé de différents critères, relatifs à la sécurité du patient, devant être vérifiés avant, pendant et après toute intervention chirurgicale.

Confortée par l'amélioration des résultats chirurgicaux obtenus sur un échantillon de 8 000 patients dans 8 pays ayant bénéficié de la mise en œuvre de cette check-list, la HAS a souhaité promouvoir l'utilisation d'une check-list type OMS, adaptée au contexte français. Cette dernière vise à réduire l'incidence des complications péri opératoires en favorisant le partage et la vérification croisée d'informations entre les professionnels du bloc opératoire.

Ainsi, depuis 2008, la HAS a assuré, en lien avec les organismes professionnels concernés, la promotion de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » et celle-ci a été rendue obligatoire, dans le cadre de la certification des établissements de santé, depuis le 1er janvier 2010.

Dans la version diffusée par la HAS, la check-list n'est pas modifiable, les 10 critères retenus étant considérés par les professionnels du bloc comme étant indispensables à vérifier ; d'autre part, étant donné la mobilité des professionnels, le caractère unitaire du document doit faciliter son utilisation. Néanmoins, une marge d'adaptation est autorisée en fonction des systèmes d'information et des programmes déjà mis en œuvre dans les établissements.

Enfin, l'appropriation de la check-list, de même que son implantation, requièrent l'adhésion de tous : implication des représentants institutionnels et des responsables des départements et services de chirurgie, d'anesthésie, engagement pérenne des professionnels de bloc opératoire et en particulier impulsion donnée par le chirurgien et l'anesthésiste responsables de l'intervention.

3. Objectifs

Dans cette première phase de mise en œuvre de la check-list, il importait à la HAS et à ses partenaires professionnels d'évaluer, sur la Région Limousin :

- le déploiement et les modalités de mise en œuvre de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » dans les établissements de santé ;
- les freins à cette mise en œuvre et les facteurs qui la favorisent, en tentant de cerner en particulier l'effet levier de la certification des établissements de santé ;
- l'efficacité et l'utilité perçues de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire ».

4. Enjeux

- **Enjeux pour la HAS**

Par cette étude menée auprès des établissements de la Région Limousin, la HAS a pu identifier les facteurs favorisants et les freins à l'implantation et à l'utilisation de la check-list.

Cette évaluation doit permettre à la HAS de mesurer la véritable appropriation de l'outil check-list par les professionnels du bloc et de collecter les remarques, les attentes et suggestions de ces mêmes professionnels. La base de données anonymisées ainsi constituée participe au socle de réflexions nécessaires pour contribuer aux démarches de sécurisation de la prise en charge du patient dans le processus chirurgical. Elle a d'ores et déjà permis à la HAS de concevoir un plan de redéploiement de la check-list.

- **Enjeux pour les établissements**

Cette étude constitue une opportunité pour optimiser le changement culturel amorcé par l'implantation de la check-list, impliquant le formalisme d'échanges et le partage d'informations entre les différents professionnels du bloc opératoire.

L'occasion est ainsi donnée aux professionnels de santé des établissements impliqués de participer à une réflexion collective et nationale.

De plus, ces établissements pourront témoigner de leur implication dans une démarche d'amélioration et la valoriser dans le cadre de la visite de certification.

- **Enjeux pour le GCS EPSILIM**

La participation à cette étude permet au GCS EPSILIM, nouvellement mis en place, d'initier un travail de partenariat avec la HAS en répondant avec pertinence à sa sollicitation.

Ce projet est une occasion supplémentaire de consolider les liens établis entre les professionnels de santé de la Région Limousin et la structure régionale d'appui EPSILIM.

5. Méthodologie

5.1 Modalités de mise en œuvre de l'étude

La maîtrise d'ouvrage a été assurée par la HAS (correspondants : Anne DEPAIGNE-LOTH et Philippe CABARROT).

La maîtrise d'œuvre a été confiée au GCS EPSILIM, structure régionale d'appui aux établissements de santé du Limousin (correspondants : Catherine de BLOMAC et Anne BARDET).

Le calendrier de cette étude a été le suivant :

Etapes du projet	Dates de réalisation
Élaboration des questionnaires « établissement » et « professionnels » en concertation avec la HAS	octobre-novembre 2010
Information du déploiement de l'enquête en Limousin	novembre-décembre 2010
Programmation du module d'analyse de résultats	novembre-décembre 2010
Diffusion des enquêtes « établissement » et « professionnel »	décembre 2010
Relance des enquêtes aux établissements non répondants	janvier 2011
Recueil des enquêtes « établissement » et « professionnel »	janvier-mars 2011
Élaboration des guides d'observation et d'entretiens semi-directifs	février 2011
Réalisation des audits observationnels de pratiques	mars-avril 2011
Réalisation des entretiens semi-directifs	mars-avril 2011
Exploitation des enquêtes et des audits	mars-mai 2011
Rédaction du rapport de synthèse régional à destination de la HAS	mai 2011
Rédaction des rapports individuels à destination des établissements	juin-juillet 2011

5.2 Organisation de l'étude

► Types de données recueillies

Le recueil a porté sur trois types de données différents :

1- des données déclaratives (par exemple, quels sont les vecteurs d'information sur la check-list ou quelles sont les modalités de conservation de la check-list ?…) ;

2- des données de perception (par exemple, dans quelle mesure la check-list est-elle vécue comme une nouvelle contrainte administrative ?) ;

3- des données d'observation (par exemple, la check-list est-elle verbalisée ? Si oui, persiste-t-il une gêne/pudeur lors de la verbalisation ?).

► Phasage de l'étude

L'étude a été organisée en trois phases distinctes :

Phase 1 : enquête « établissement »

Cette enquête avait pour objectif d'évaluer :

- le contexte institutionnel de la mise en œuvre de la check-list ;
- l'utilisation de la check-list lors des interventions : modalités d'application, difficultés éventuelles d'utilisation, évaluation ;
- la perception collective de l'intérêt de la check-list.

Cette enquête déclarative a été réalisée à l'aide d'un questionnaire collectif (annexe 2) élaboré par EPSILIM et la Haute Autorité de Santé. Adressé à chaque établissement de santé de la Région Limousin disposant d'un bloc opératoire, il devait être renseigné par le conseil de bloc ou, à défaut, par une équipe pluridisciplinaire comportant au moins un chirurgien, anesthésiste, cadre soignant, IDE/IBODE/IADE.

Support utilisé :

- livraison des questionnaires imprimables sous forme papier à EPSILIM, par la Haute Autorité de Santé ;
- informatisation et saisie des questionnaires sur LimeSurvey par EPSILIM.

Phase 2 : enquête « professionnels »

Dans cette phase, il s'agissait d'évaluer la perception des différents acteurs du bloc opératoire, concernant :

- l'utilité et l'efficacité de la check-list ;
- les difficultés d'utilisation de la check-list ;
- l'efficacité des différents vecteurs de communication permettant la promotion et l'appropriation de la check-list.

Cette enquête a été réalisée par l'intermédiaire d'un questionnaire individuel (annexe 3) élaboré par la Haute Autorité de Santé et adressé aux professionnels des établissements retenus pour participer à cette phase, par rapport au type d'activité exercée et à leur représentativité régionale. En complément, des questionnaires supplémentaires ont été renseignés lors de la phase 3, par des professionnels rencontrés qui ont souhaité participer.

Support utilisé :

- livraison des questionnaires imprimables sous forme papier à EPSILIM, par la Haute Autorité de Santé ;

- informatisation des questionnaires sur LimeSurvey par EPSILIM, permettant un remplissage en ligne par les professionnels d'établissement volontaires.

Phase 3 : volet qualitatif et quantitatif

Cette phase s'est déroulée « sur le terrain » et a comporté :

⇨ un **audit observationnel des pratiques** sur site, réalisé par EPSILIM. Il permet :

- de compléter les données déclaratives et de perception sur l'effectivité de la mise en œuvre de la check-list,

- éventuellement de faire émerger des phénomènes mal objectivés via les questionnaires : tensions interprofessionnelles, freins psychologiques ou liés aux cultures des services… ou au contraire, réduction des erreurs de communication, repérage de dysfonctionnements potentiels.

Support utilisé :

- guide d'observation (annexe 4) : grille de recueil de données élaborée par EPSILIM ;

⇨ des **entretiens** auprès d'un échantillon diversifié de professionnels du bloc (au moins un chirurgien, un anesthésiste, un cadre soignant, un IDE/IBODE/IADE) permettant de cerner de manière qualitative, par profession :

- les perceptions de l'utilité et de l'efficacité de la check-list,

- les perceptions des difficultés d'utilisation ou éventuels « effets pervers » de la check-list.

Support utilisé :

- guide d'entretien (annexe 5) élaboré par EPSILIM.

► Échantillonnage de l'étude

L'étude concernait :

- pour la phase 1 : l'ensemble des établissements de la Région Limousin disposant d'un bloc opératoire, à savoir 13 établissements, désignés dans le tableau ci-après ;

- pour les phases 2 et 3 : les établissements figurant en grisé dans le tableau (le CH de Brive n'a pas pu participer à la phase 3).

NOM de l'établissement	Département
CHU/ HME	87
CH de BRIVE	19
CH d'USSEL	19
CH de TULLE	19
CH de GUÉRET	23
CH SAINT-JUNIEN	87
Clinique du COLOMBIER	87
Clinique des ÉMAILLEURS	87
Clinique CHENIEUX	87
Clinique SAINT-GERMAIN	19
Clinique les CÈDRES	19
Clinique de la MARCHE	23
Clinique la CROIX-BLANCHE	23

5.3 Restitution des résultats

Afin de garantir le respect de la confidentialité, les résultats ont été anonymisés et agrégés avant d'être exploités pour l'analyse régionale destinée au rapport final.

Chaque établissement participant sera destinataire de ses propres résultats, ainsi que d'une synthèse des résultats régionaux, afin de positionner sa pratique par comparaison.

6. Résultats

6.1 Résultat de la phase 1 : enquête « établissement »

► Résultats

Les questionnaires collectifs ont été adressés aux 13 établissements de la Région ayant une activité de bloc significative.

Les résultats présentés ci-après ont été obtenus à partir des retours des questionnaires remplis par 9 établissements, selon le découpage suivant :

Réponses en nombre d'établissements	Établissements sollicités	Établissements participants
Établissements publics (1 CHU, 5 CH, 1 ESPIC)	7	6
Établissements privés	6	3
Total	13	9

- **Informations générales concernant l'établissement**

Ces établissements comportent entre 1 et 26 blocs.

Date de dernière certification et version de manuel utilisée : de juin 2006 à décembre 2010, 5 établissements ont été audités sur la V2007 et 4 sur la V2010.

La partie collective a été renseignée de manière pluridisciplinaire dans 44 % des établissements et en conseil de bloc dans 89 % des cas. Ont participé :

- au moins un chirurgien : 78% des cas ;
- au moins un anesthésiste : 78 % des cas ;
- un cadre du service : 78 % des cas ;
- au moins un IDE/IBODE : 56 % des cas ;
- au moins un IADE : 33 % des cas ;
- d'autres intervenants : 44 % des cas.

- **Utilisation de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »**

Dans ce qui suit, une option NSP (ne se prononce pas) et une option N/A (non applicable) étaient proposées dans les champs de réponse.

- **Information et accompagnement internes de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »**

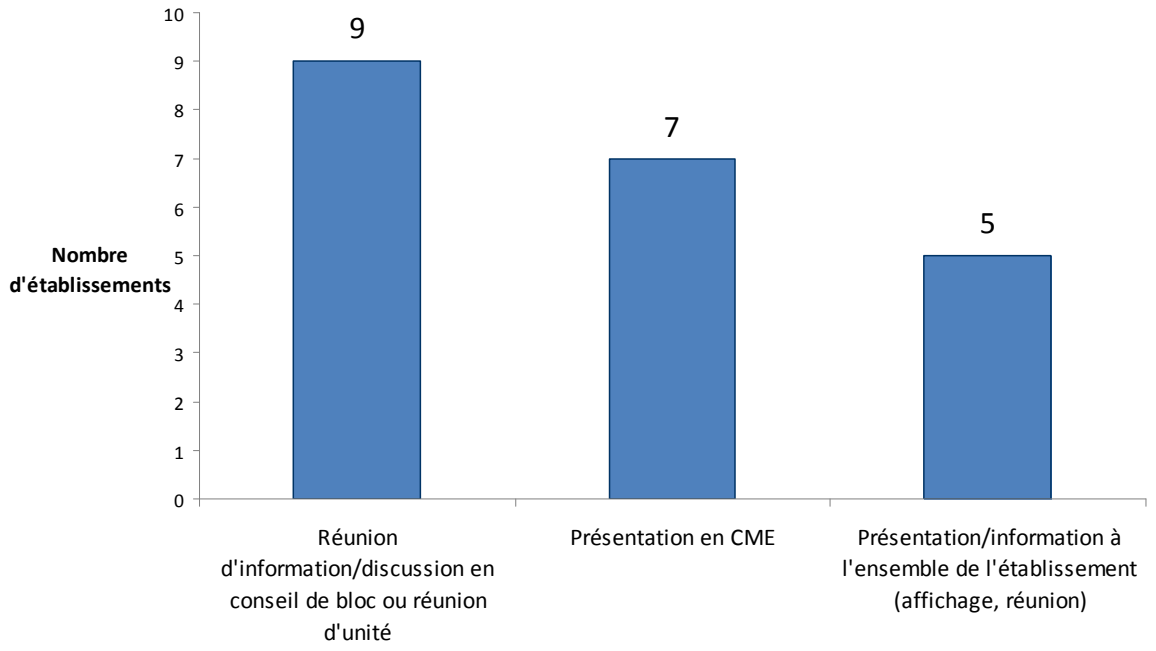


Figure 1. Information sur la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »
La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » a-t-elle fait l'objet d'une présentation en CME ?
A-t-elle fait l'objet d'une réunion d'information/discussion en conseil de bloc et/ou réunion d'unité ?
A-t-elle fait l'objet d'une présentation/information à l'ensemble de l'établissement - affichage, réunion(s) ?

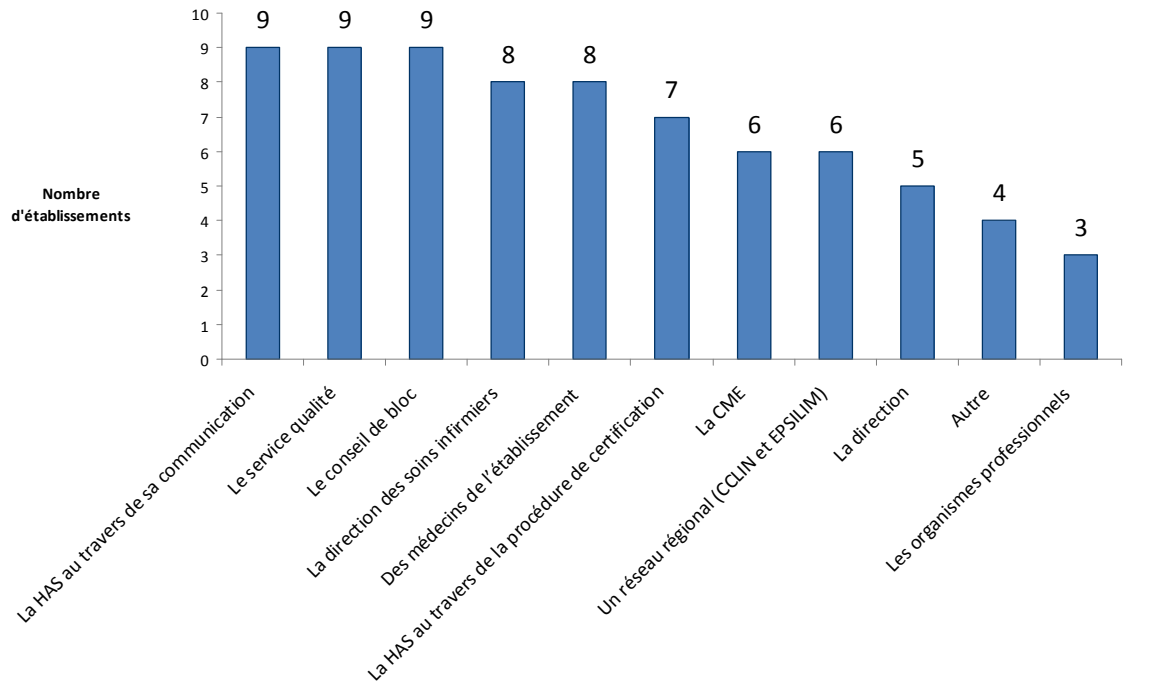


Figure 2. Acteurs ou institutions ayant participé à l'information et à la promotion de la check-list
À votre connaissance, les acteurs ou institutions suivants ont-ils participé à l'information sur la check-list et à sa promotion dans votre établissement ?

Autres vecteurs d'information cités :

- échange entre les experts-visiteurs et le cadre de bloc (sept. 2009 : phase de mise en place de la check-list à l'essai) ;
- congrès professionnels (UNAIBODE) ;
- benchmark ;
- réunion entre les panseurs et la direction.

- **Utilisation de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »**

UTILISATION DE LA CHECK-LIST AU BLOC OPÉRATOIRE

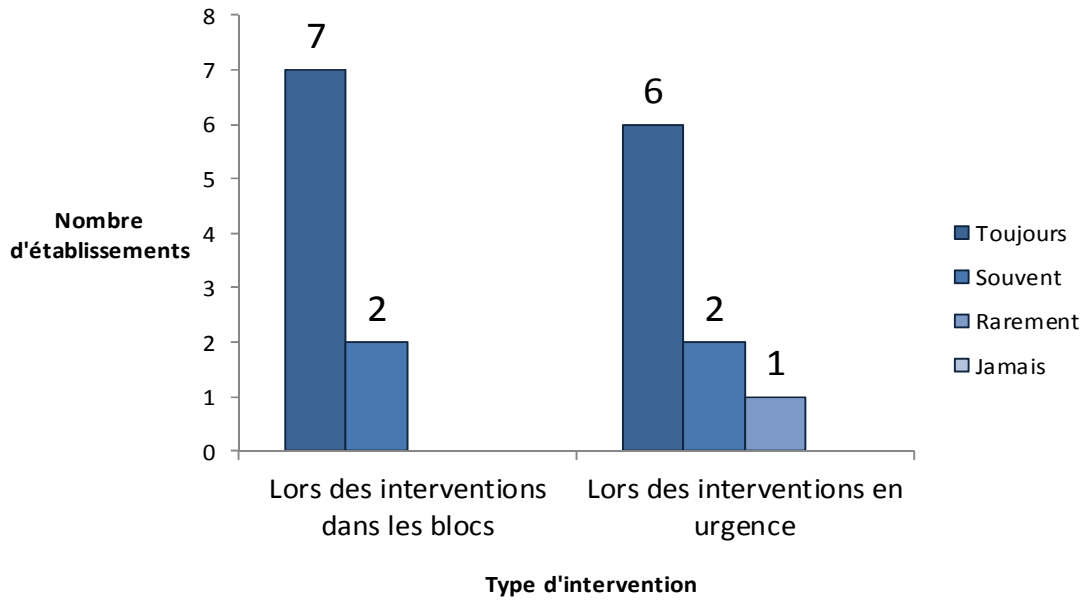


Figure 3. Utilisation de la check-list

AIDE À LA MISE EN ŒUVRE	
Dans votre(vos) bloc(s), le mode d'emploi proposé par la HAS a-t-il été complété par un ou des documents « maison » (protocole d'utilisation, document à visée pratique…) ?	
- Oui	6
- Non	3
Selon vous, le mode d'emploi proposé par la HAS devrait-il être complété par d'autres outils d'accompagnement ?	
- Oui	2
- Non	5
- Ne se prononce pas	2

LE COORDONNATEUR	
Le coordonnateur est-il identifié lors des interventions ?	
- Toujours	7
- Souvent	2
- Rarement	-
- Jamais	-

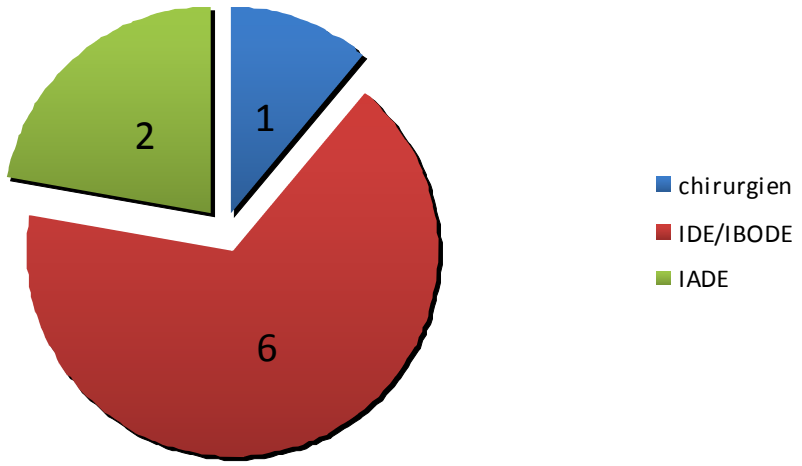


Figure 4. Catégorie professionnelle du coordonnateur le plus souvent identifiée

APPROPRIATION DE LA CHECK-LIST PAR L'ÉQUIPE

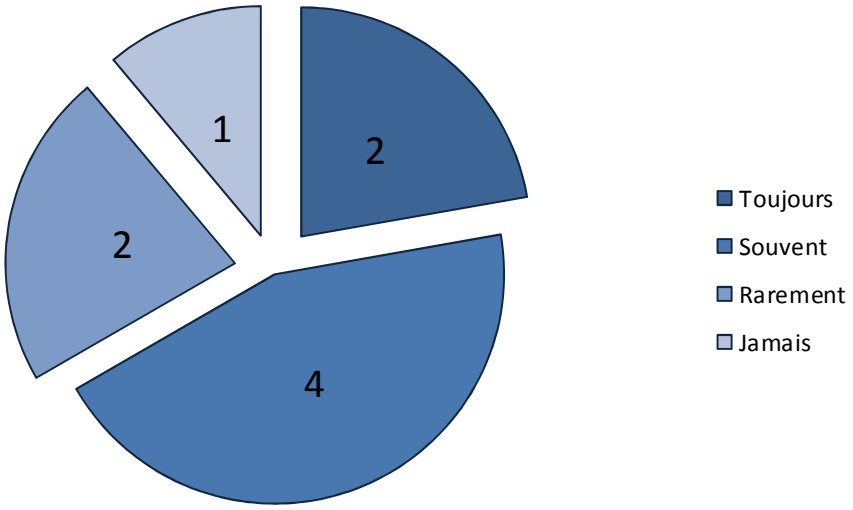


Figure 5. Renseignement des items de la check-list fait oralement ET en concertation avec les professionnels concernés

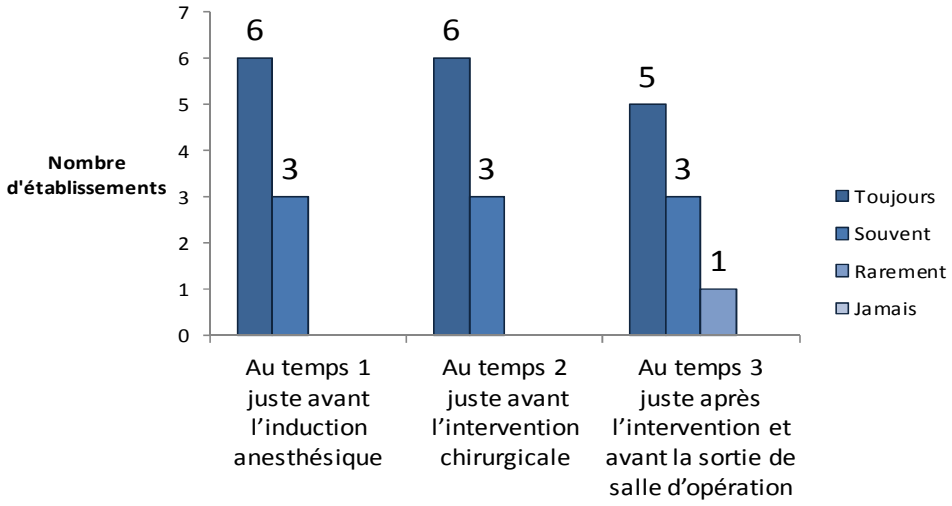


Figure 6. Renseignement de la check-list en fonction des différents temps de l'intervention

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
Arrive-t-il que tout ou partie de la CL soit remplie après la sortie de salle d'opération ?	-	-	3	6
Les mesures adoptées en cas d'écart avec la CL sont-elles notées sur la CL ?	1	5	2	1

ARCHIVAGE DE LA CHECK-LIST APRÈS INTERVENTION	
- Dossier patient papier	6
- Dossier patient informatisé	-
- Archive bloc	3
- N'est pas archivée	-

AVIS SUR LES CRITÈRES

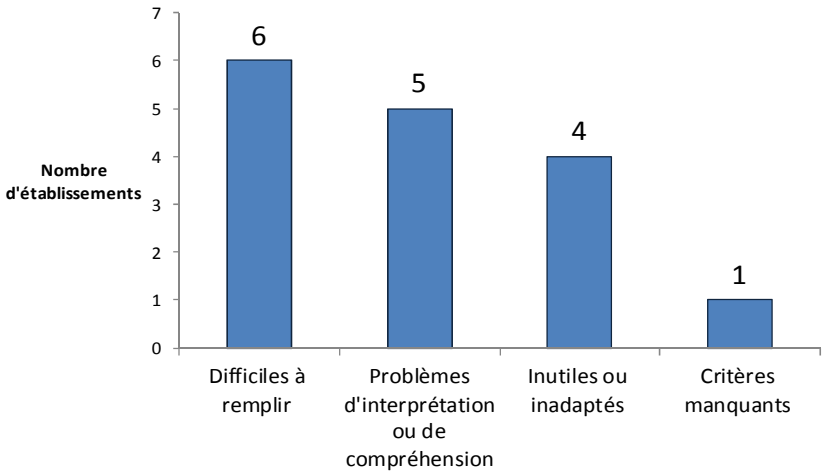


Figure 7. Retour d'expérience sur les critères de la check-list

Critères concernés par des problèmes d'interprétation ou de compréhension	
- Antibioprophylaxie, critère N/R - Signalement des dysfonctionnements - Point 7 de la version 2010 : « éléments à risque/points critiques » : nécessité de repréciser l'interprétation des items avec un mode opératoire.	
Critères concernés par des difficultés de remplissage	
- Point 7 de la version 2010 : « éléments à risque/points critiques » - Critères comportant le choix N/R	
Critères considérés inutiles ou inadaptés	
- Le compte du nombre d'instruments (par exemple en orthopédie) - Le matériel vérifié pour la partie chirurgicale - L'antibioprophylaxie dans le temps 2 (devrait être intégré au temps 1 par rapport au délai d'action)	
Avez-vous ajouté des items à la CL ?	
- Oui	2
- Non	7
Lesquels ?	
- Point 1 : bracelet conforme - Point 2 : l'intervention, le site opératoire **et le côté** sont confirmés - Point 6 : vérification ultime croisée au sein de l'équipe : côté correct - Point 9 : confirmation orale par le personnel : de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires et de la **signature des bons** - Dans un établissement, ajout d'une colonne « avant induction » sur le document check-list pour pallier les ruptures de flux (par exemple lors de la pose d'un cathéter d'analgésie en dehors de la salle d'intervention, en amont de l'induction) et possibilité d'indiquer un second coordonnateur.	

ÉVALUATION DE LA CHECK-LIST	Oui	Non	NSP ou N/A
L'utilisation de la CL est-elle évaluée dans votre bloc (évaluation de l'utilisation, analyse des décisions par rapport aux écarts…) ?	5	4	
Si oui, les résultats ont-ils été présentés/discutés en réunion ?	4	1	4
Si oui, des actions d'amélioration ont-elles été mises en place suite à ce travail ?	4	1	4
Cette évaluation a-t-elle été faite à l'occasion de la préparation de la certification (groupe d'auto-évaluation, enquête interne…) ?	5	1	3

Votre avis sur l'utilité de la CL « sécurité du patient au bloc opératoire »

	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	NSP
Globalement, la CL permet-elle d'améliorer le partage, au sein des équipes, des informations sur le patient et/ou l'intervention ?	4	4	1	-	-
La CL permet la vérification de certains points essentiels avant la réalisation de l'intervention	4	4	1	-	-
En considérant les aspects positifs et négatifs de la CL, celle-ci vous semble-t-elle utile pour améliorer la sécurité des patients au bloc opératoire ?	6	3	-	-	-

La CL a-t-elle déjà permis dans votre(vos) bloc(s) d'éviter une erreur ou de détecter un dysfonctionnement ?

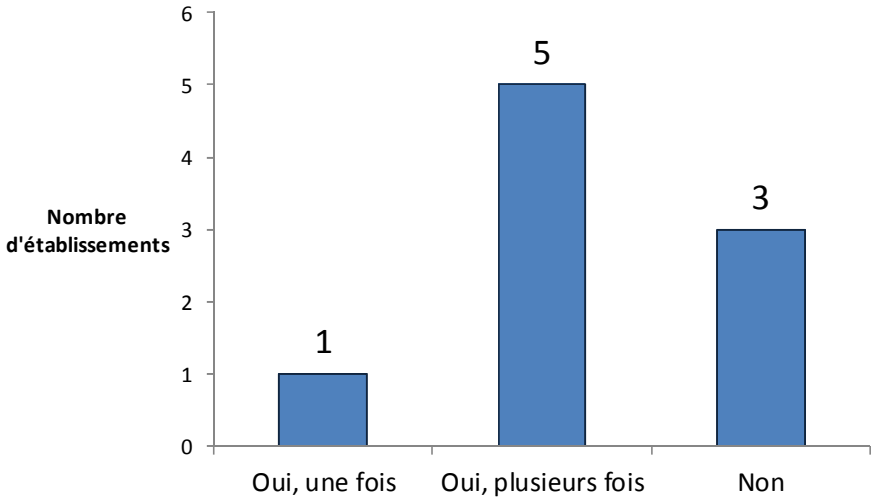


Figure 8. Détection d'erreurs et dysfonctionnements au bloc

Exemples :

- Erreur de patient (cité par 2 établissements)
- Inversion de dossier
- Antibioprophylaxie non ou mal réalisée (cité par 2 établissements)
- Manque de matériel stérile dans un ancillaire
- Erreur de côté
- Mauvaise identification d'examens dans le dossier patient
- Radio non réalisée

La CL a-t-elle déjà dans votre(vos) bloc(s) entraîné la déprogrammation d'une intervention ?

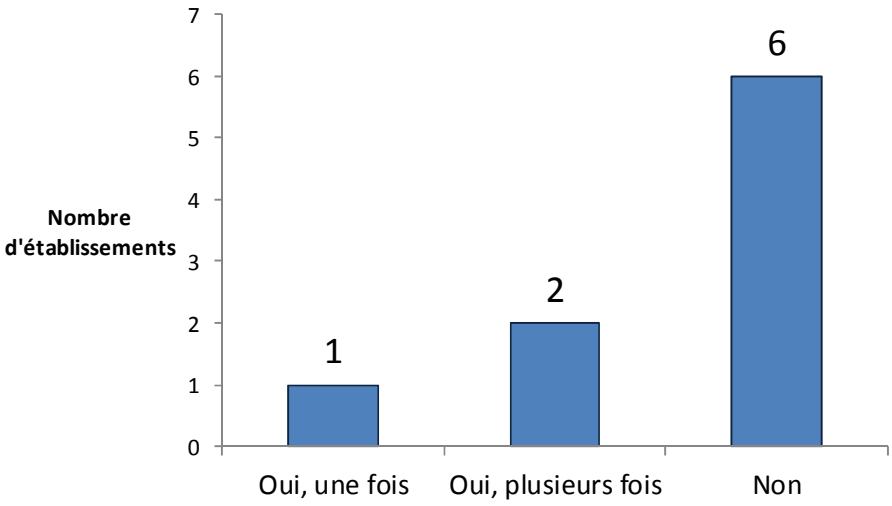


Figure 9. Cas de déprogrammation d'une intervention

Exemples :

- Dossier incomplet, malade déprogrammé
- Unique ancillaire d'orthopédie non disponible (toujours à la stérilisation)
- Problème d'anticoagulant
- Non-respect du jeûne

► Interprétation de premier niveau sur la phase 1

Parmi les établissements sollicités, 70 % ont répondu à cette phase d'enquête.

Si dans la grande majorité des cas la check-list a été présentée en conseil de bloc et en CME, elle n'a fait l'objet d'une présentation à l'ensemble des personnels de l'établissement que dans 5 des établissements répondants.

Si la communication externe a été essentiellement portée par la HAS et relayée par les structures régionales d'appui aux établissements (67 % des cas), elle a trouvé majoritairement son relais interne par le biais du conseil de bloc et du service qualité.

Enfin, les congrès professionnels et les échanges avec les experts-visiteurs ont également permis l'information des professionnels de santé.

Utilisation de la check-list

Utilisée avec un **coordonnateur désigné** dans 78 % des cas (majoritairement un **personnel infirmier**), la check-list de bloc a souvent été complétée de documents « maison ».

Certains critères poseraient des problèmes de compréhension soit du fait de leur formulation (point 7 : « éléments critiques »), soit du fait des choix proposés (N/R).

Certains établissements ont fait le choix d'ajouter des critères (conformité du bracelet, confirmation du côté, signature des bons pour les prélèvements…).

Enfin, l'imminence d'une certification provoque souvent l'évaluation de la mise en œuvre de la check-list dans les établissements.

Intérêt de la check-list

Plus de la moitié des établissements ayant renseigné le questionnaire disent avoir évité une erreur ou détecté un dysfonctionnement grâce à la check-list, notamment : erreur de patient, inversion de dossier, mauvaise identification d'examens dans le dossier patient, examen radiologique absent.

La check-list a déjà entraîné la déprogrammation d'une intervention (défaut de matériel : unique ancillaire d'orthopédie absent, dossier incomplet, problème d'anticoagulant, de jeûne…).

À ce titre, elle semble donc utile aux acteurs des établissements pour améliorer la sécurité des patients au bloc opératoire, puisque 6 équipes sur 9 ont répondu « oui » et 3 équipes sur 9 « plutôt oui ».

6.2 Résultat de la phase 2 : enquête d'opinion *via* les questionnaires individuels

► Résultats

Il s'agissait pour chaque participant, à travers ce questionnaire individuel, d'apporter des informations sur les éléments suivants :

- opinion sur l'utilité et l'efficacité de la CL « sécurité du patient au bloc opératoire » ;
- les difficultés soulevées par l'utilisation de la check-list ;
- éléments facilitant l'information du personnel.

Profil des répondants

L'échantillon de la population ayant répondu au questionnaire individuel est de **169 professionnels** (78 appartenant au corps médical, 91 au corps paramédical), répartis comme suit :

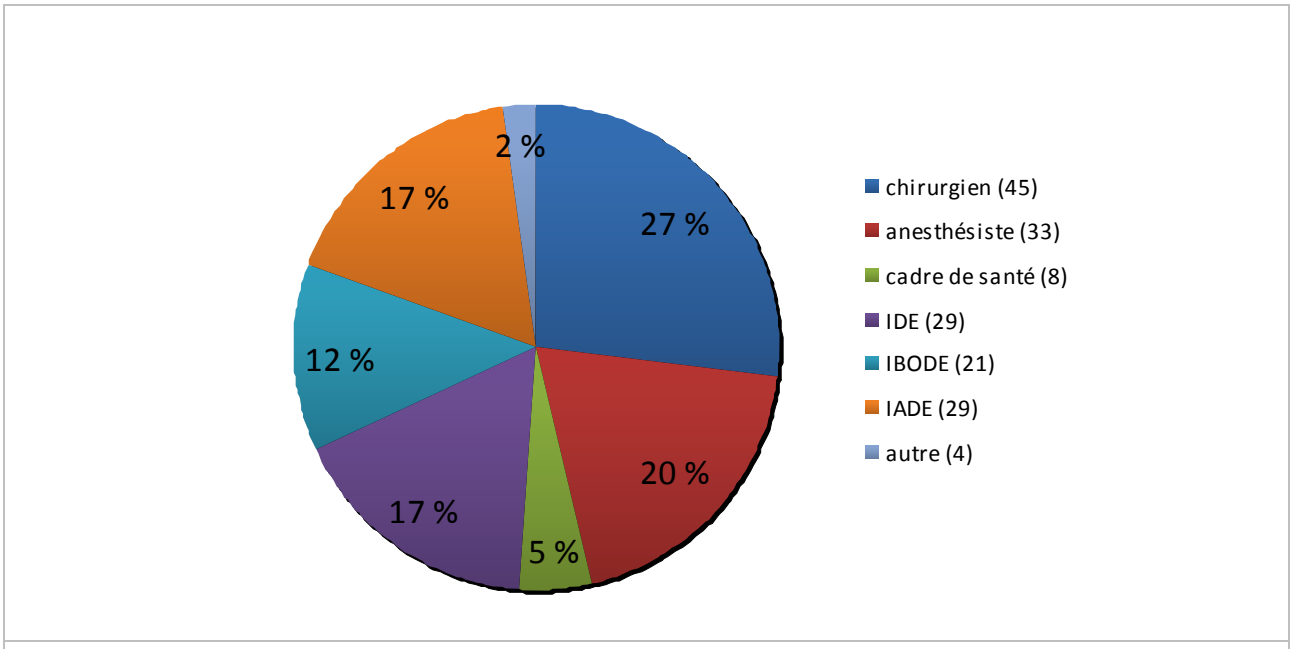


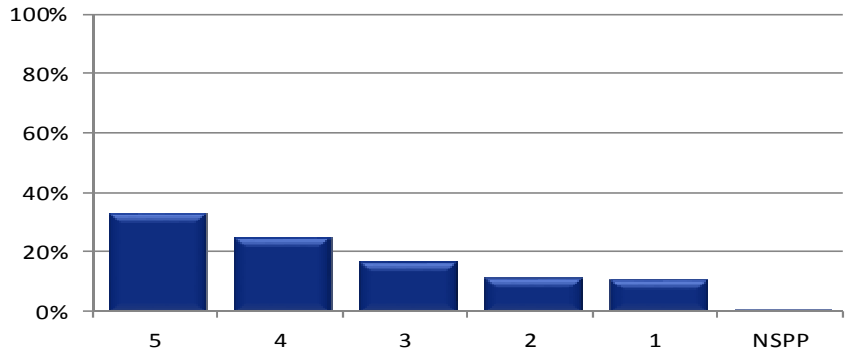
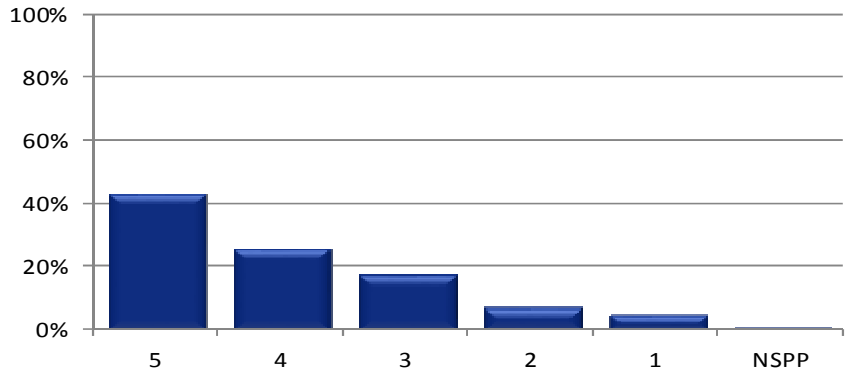
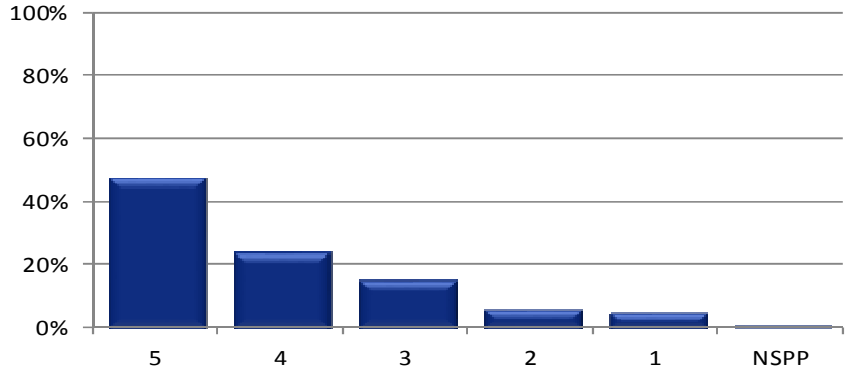
Figure 10. Répartition des répondants au questionnaire individuel selon leur catégorie professionnelle

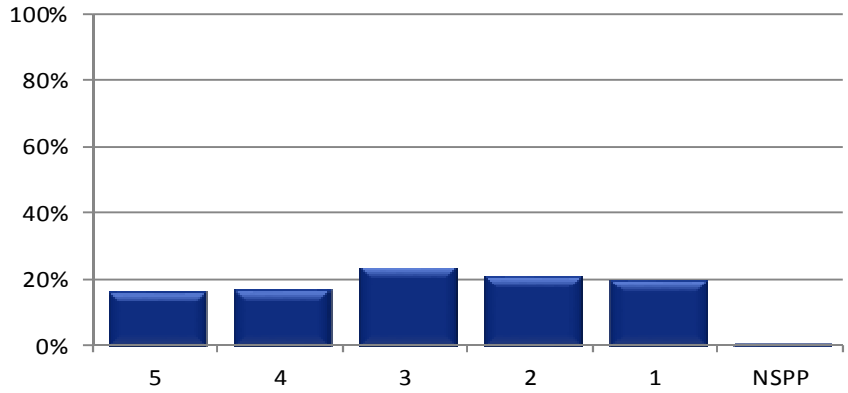
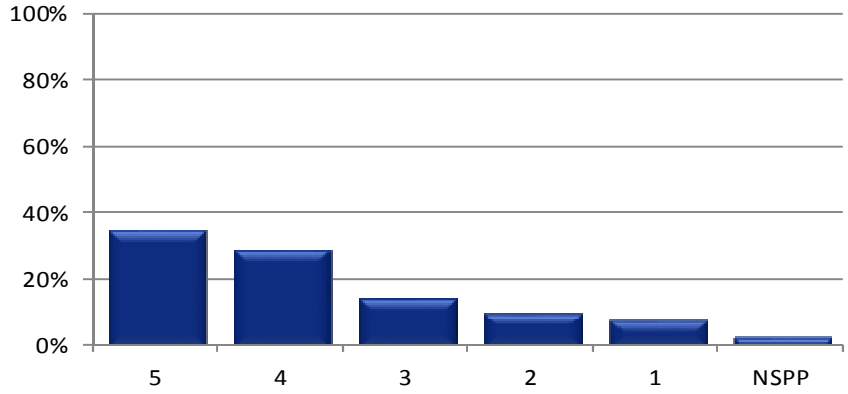
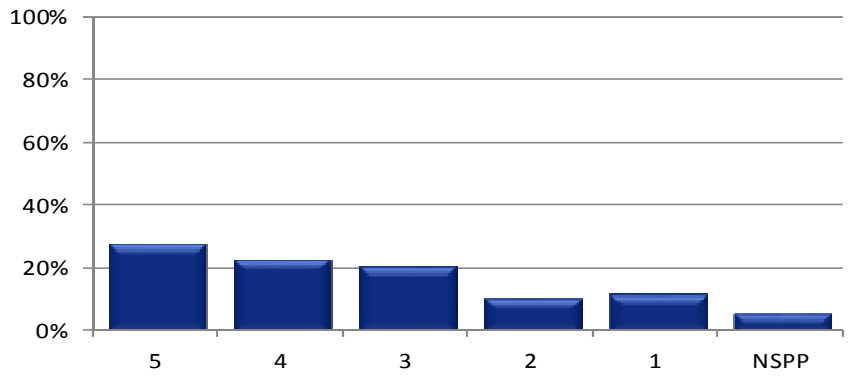
Positionnement des réponses

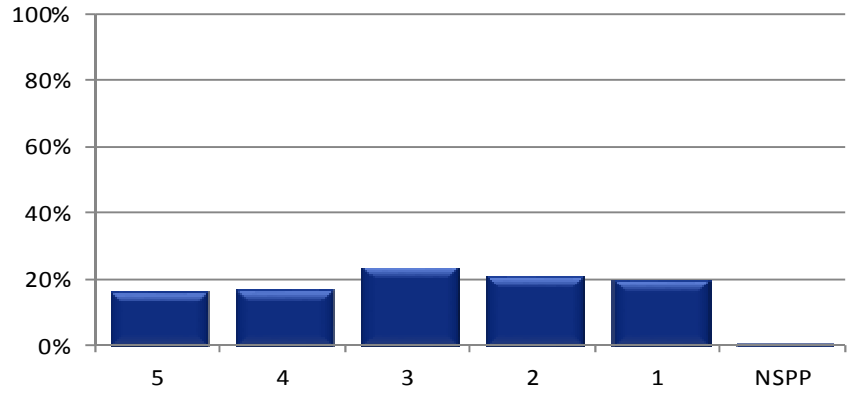
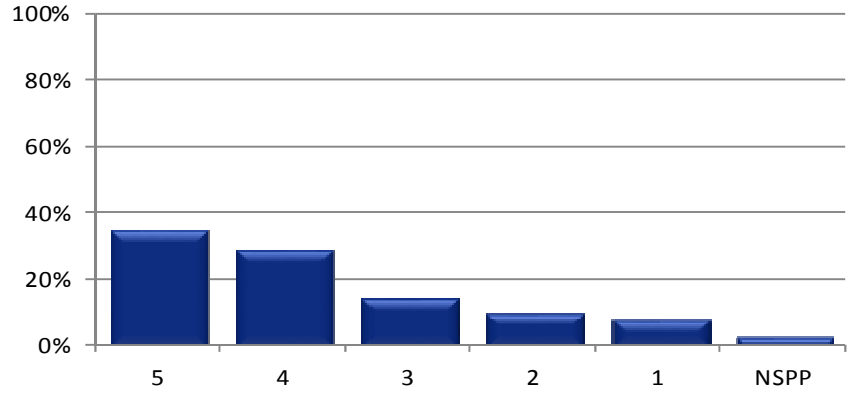
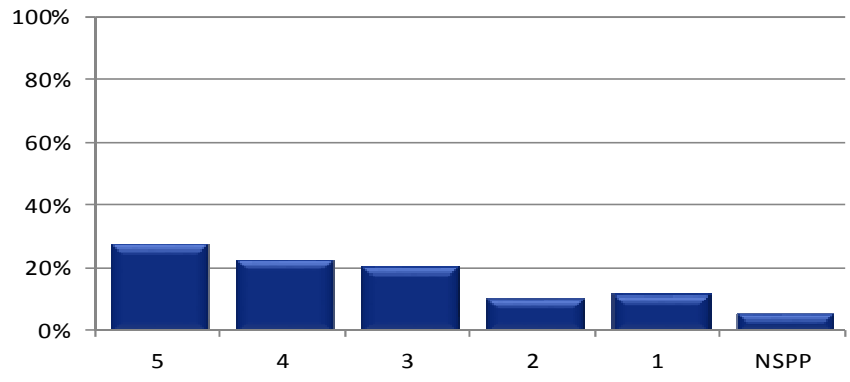
Chaque professionnel exprimait son degré d'accord avec les affirmations suivantes, de « tout à fait d'accord » à « pas du tout d'accord » en utilisant une échelle de cotation de 1 à 5.

Le score de 5 correspondait à l'affirmation « tout à fait d'accord » et le score de 1 à la réponse « pas du tout d'accord », une option NSPP (ne se prononce pas) était proposée dans les champs de réponse et un niveau SR (sans réponse) a été ajouté.

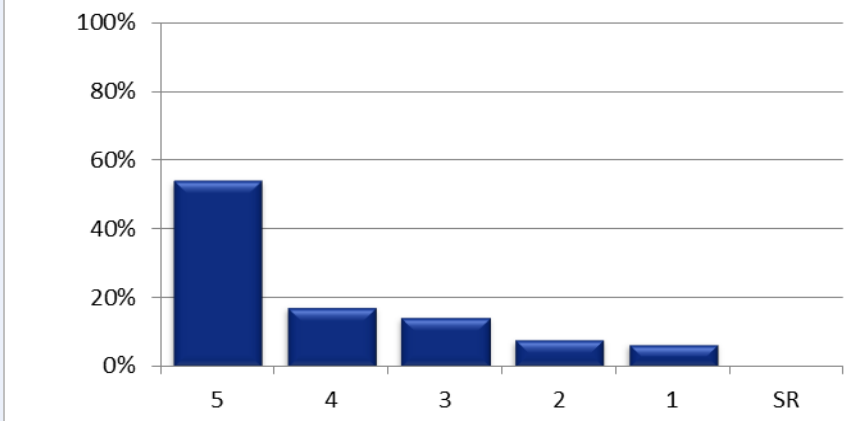
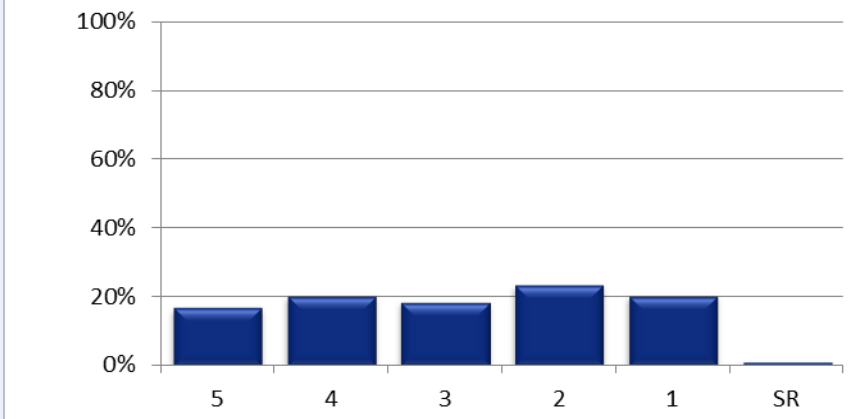
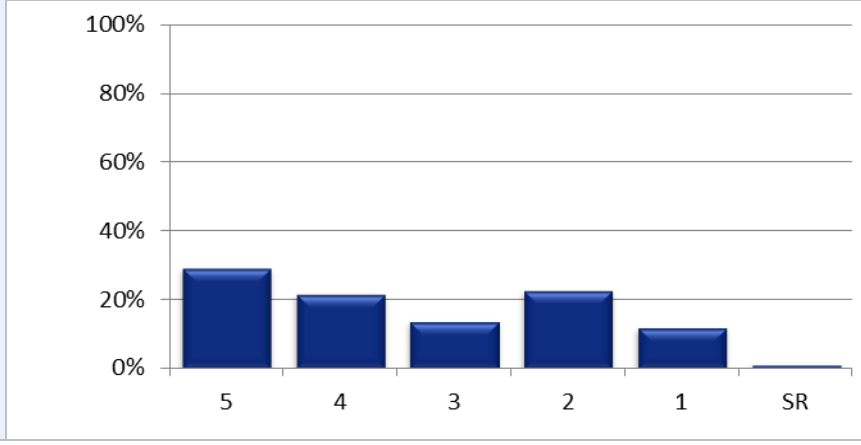
QUELLE EST VOTRE OPINION SUR L'UTILITÉ ET L'EFFICACITÉ DE LA CL « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE ? »

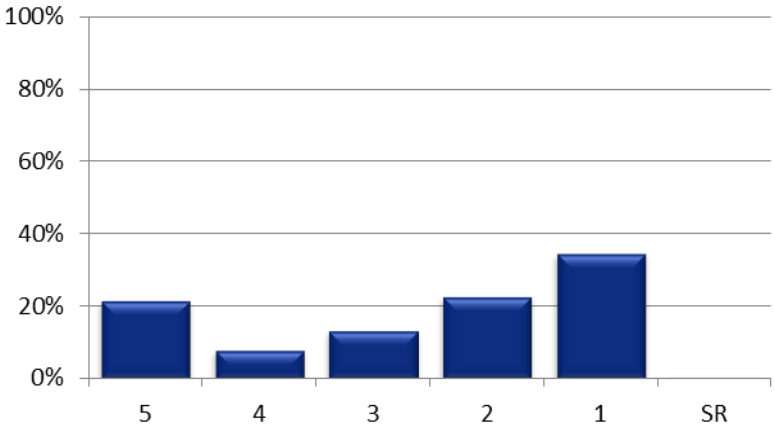
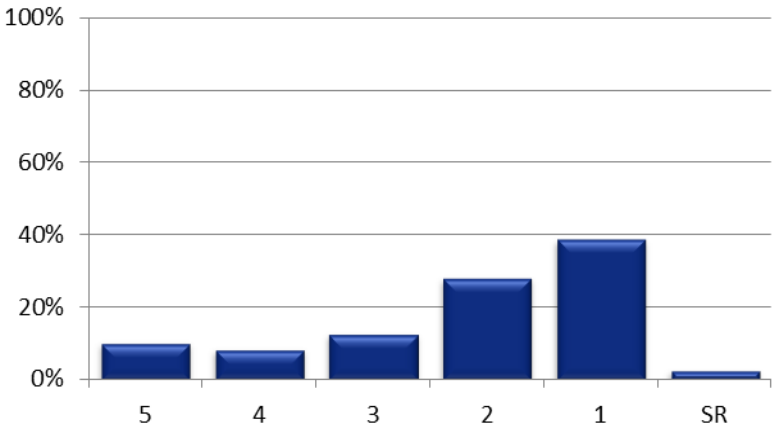
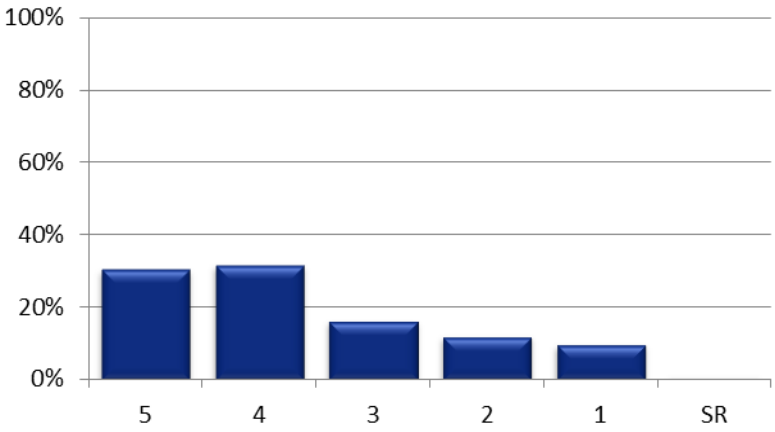
Question	Réponse	5 *Tout à fait d'accord*	4	3	2	1 *Pas du tout d'accord*	NSPP	SR	TOTAL
La check-list améliore le partage, au sein de l'équipe, des informations concernant le patient et/ou l'intervention.	Nbre	57	43	29	20	19	1	0	169
	%	33,73%	25,44%	17,16%	11,83%	11,24%	0,59%	0,00%	100,00%
									
La check-list permet la vérification croisée de certains points essentiels avant la réalisation de l'intervention.	Nbre	73	44	30	12	9	1	0	169
	%	43,20%	26,04%	17,75%	7,10%	5,33%	0,59%	0,00%	100,00%
									
La check-list est une opportunité pour éviter les erreurs ou dysfonctionnements lors de la réalisation d'une intervention.	Nbre	81	41	26	11	9	1	0	169
	%	47,93%	24,26%	15,38%	6,51%	5,33%	0,59%	0,00%	100,00%
									

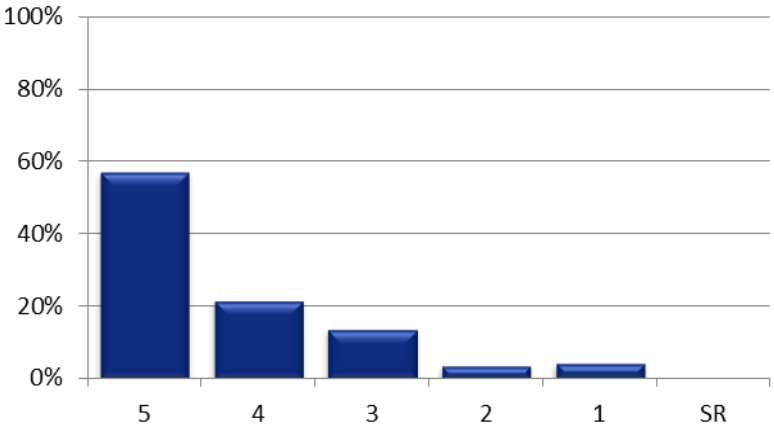
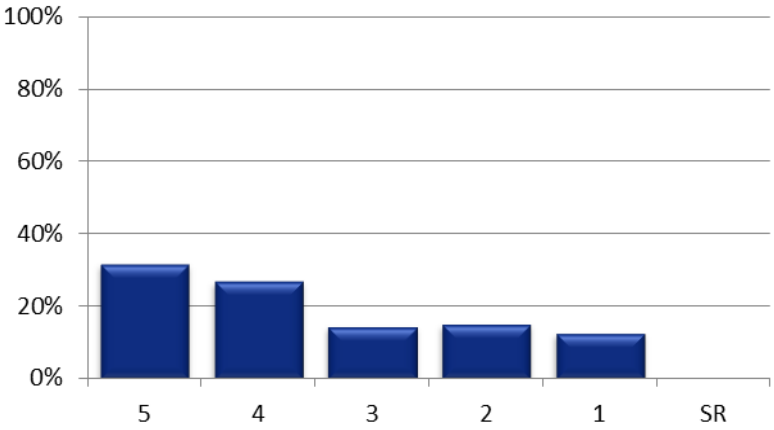
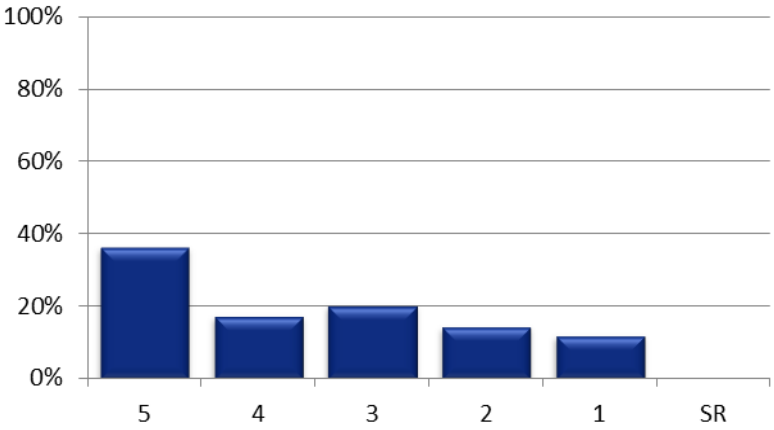
Question	Réponse	5 *Tout à fait d'accord*	4	3	2	1 *Pas du tout d'accord*	NSPP	SR	TOTAL
La check-list permet de renforcer les liens entre les différents professionnels de l'équipe.	Nbre	28	29	40	36	34	2	0	169
	%	16,57%	17,16%	23,67%	21,30%	20,12%	1,18%	0,00%	100,00%
									
La check-list contribue à développer la culture sécurité au sein du secteur d'activité.	Nbre	59	49	25	17	14	1	4	169
	%	34,91%	28,99%	14,79%	10,06%	8,28%	0,59%	2,37%	100,00%
									
La check-list est un outil intéressant pour les professionnels en formation (médecins ou soignants).	Nbre	47	39	35	18	20	6	4	169
	%	27,81%	23,08%	20,71%	10,65%	11,83%	3,55%	2,37%	100,00%
									

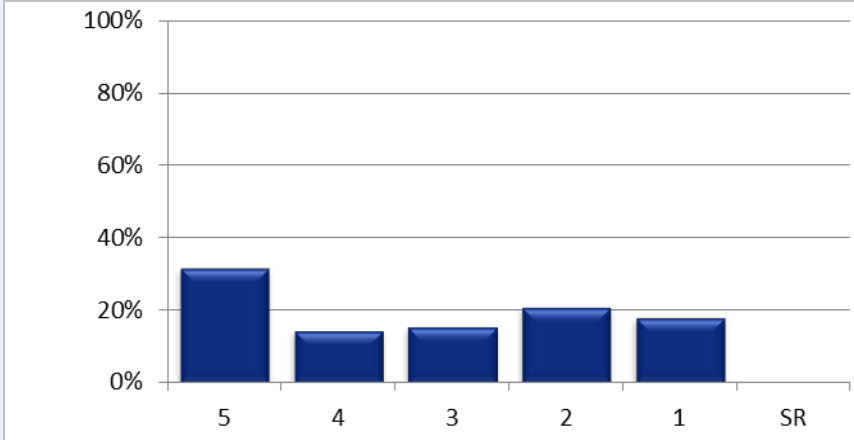
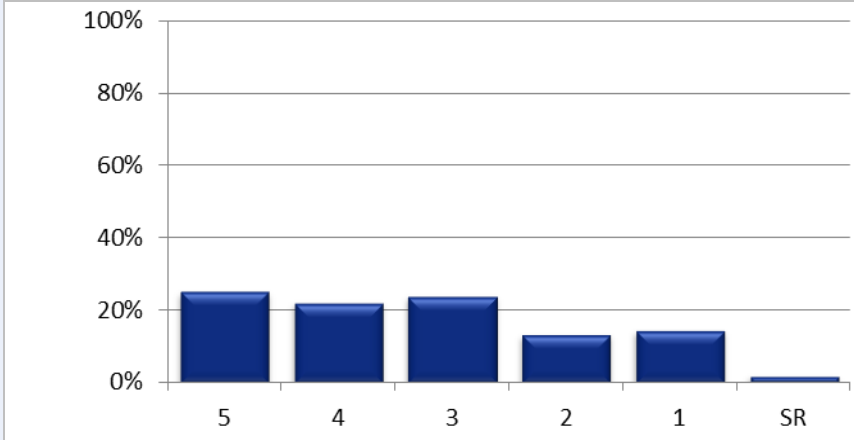
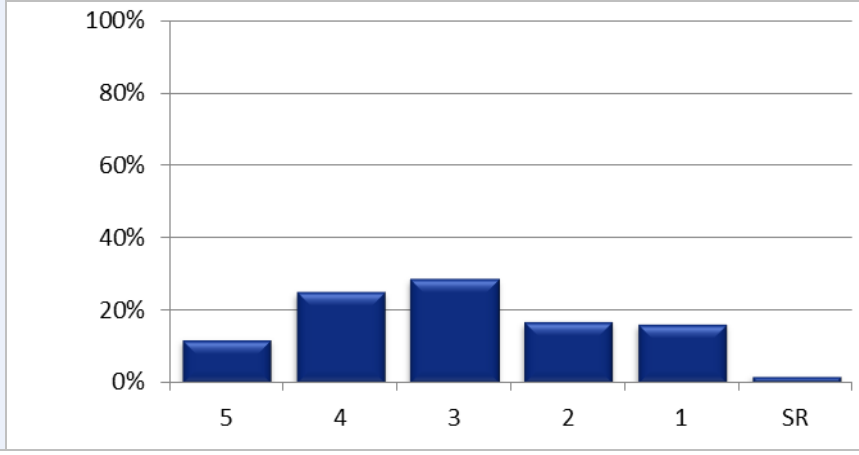
Question	Réponse	5 *Tout à fait d'accord*	4	3	2	1 *Pas du tout d'accord*	NSPP	SR	TOTAL
La check-list permet de renforcer les liens entre les différents professionnels de l'équipe.	Nbre	28	29	40	36	34	2	0	169
	%	16,57%	17,16%	23,67%	21,30%	20,12%	1,18%	0,00%	100,00%
									
La check-list contribue à développer la culture sécurité au sein du secteur d'activité.	Nbre	59	49	25	17	14	1	4	169
	%	34,91%	28,99%	14,79%	10,06%	8,28%	0,59%	2,37%	100,00%
									
La check-list est un outil intéressant pour les professionnels en formation (médecins ou soignants).	Nbre	47	39	35	18	20	6	4	169
	%	27,81%	23,08%	20,71%	10,65%	11,83%	3,55%	2,37%	100,00%
									

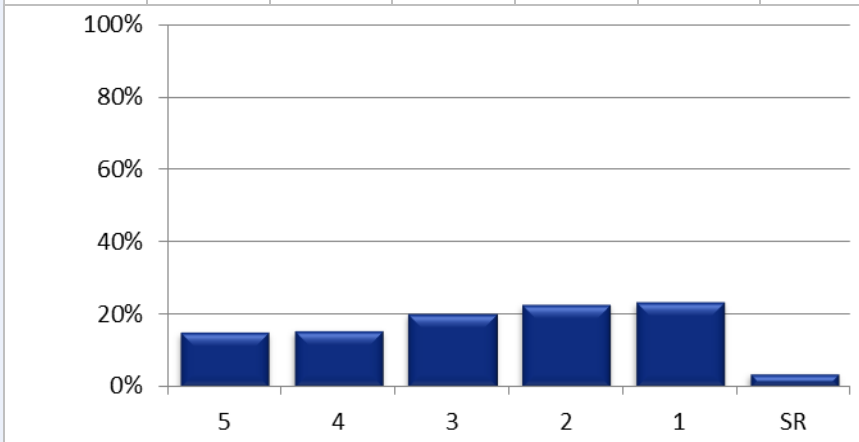
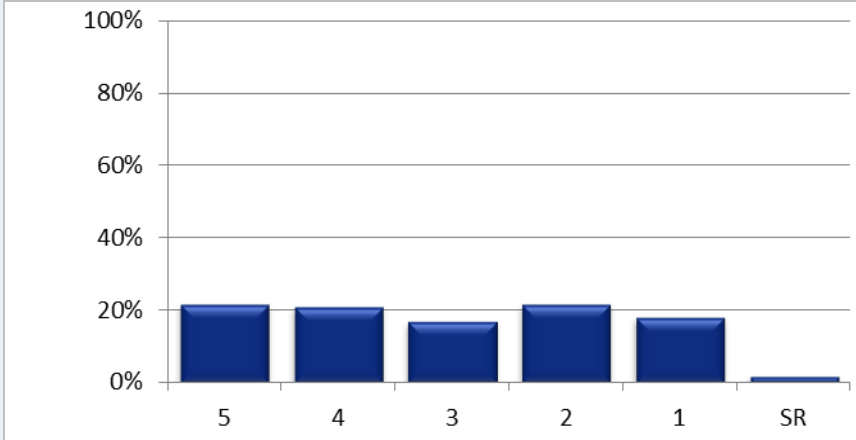
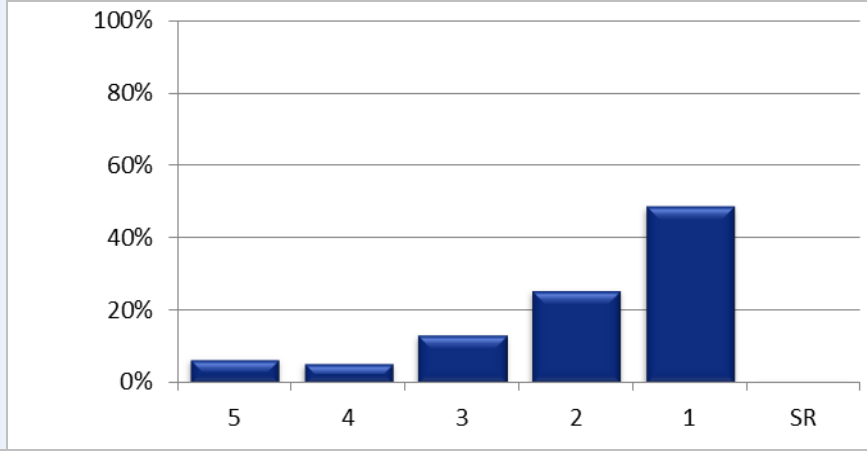
QUELLES SONT SELON VOUS LES DIFFICULTÉS SOULEVÉES PAR L'UTILISATION DE LA CHECK-LIST ?

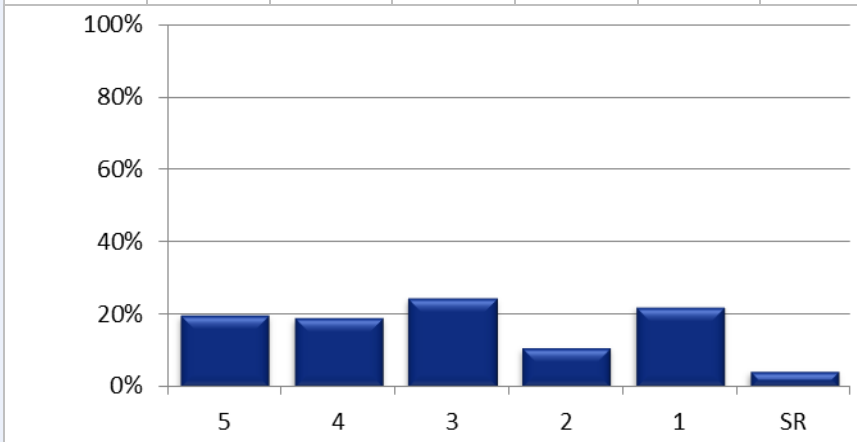
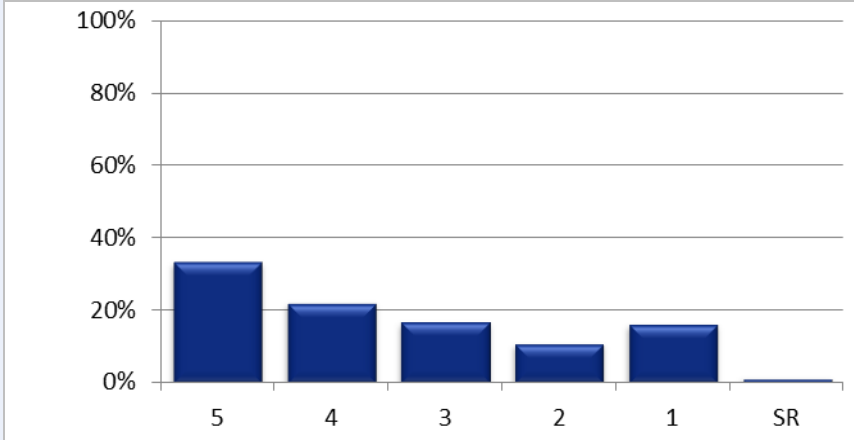
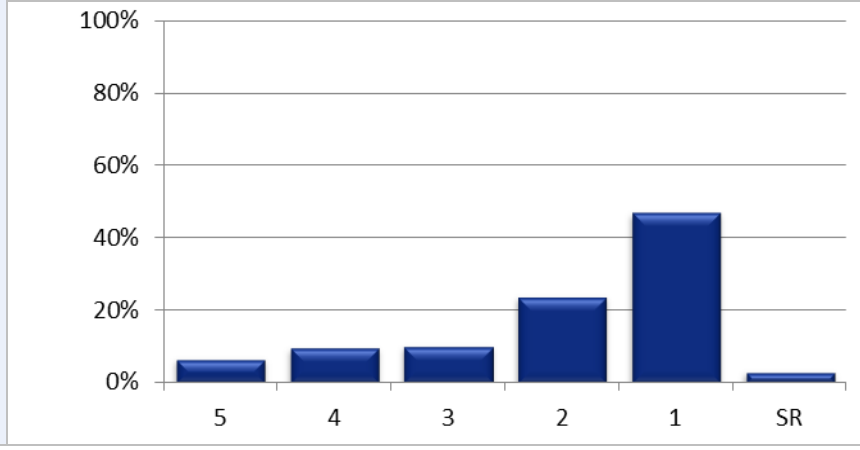
Question	Réponse	5 *Tout à fait d'accord*	4	3	2	1 *Pas du tout d'accord*	SR	TOTAL
La check-list est une formalité administrative supplémentaire.	Nbre	91	29	24	13	11	0	168
	%	54,17%	17,26%	14,29%	7,74%	6,55%	0,00%	100,00%
								
La check-list entraîne une perte de temps ou ralentit l'activité.	Nbre	28	34	31	39	34	2	168
	%	16,67%	20,24%	18,45%	23,21%	20,24%	1,19%	100,00%
								
La check-list est redondante avec d'autres documents ou procédures.	Nbre	49	36	23	38	20	2	168
	%	29,17%	21,43%	13,69%	22,62%	11,90%	1,19%	100,00%
								

Question	Réponse	5 *Tout à fait d'accord*	4	3	2	1 *Pas du tout d'accord*	SR	TOTAL
La check-list est inutile pour certaines interventions rodées.	Nbre	36	13	22	38	58	1	168
	%	21,43%	7,74%	13,10%	22,62%	34,52%	0,60%	100,00%
								
La check-list est inutile pour des équipes stables.	Nbre	17	14	21	47	65	4	168
	%	10,12%	8,33%	12,50%	27,98%	38,69%	2,38%	100,00%
								
La check-list est difficile à mettre en œuvre pour les interventions réalisées en urgence.	Nbre	51	53	27	20	16	1	168
	%	30,36%	31,55%	16,07%	11,90%	9,52%	0,60%	100,00%
								

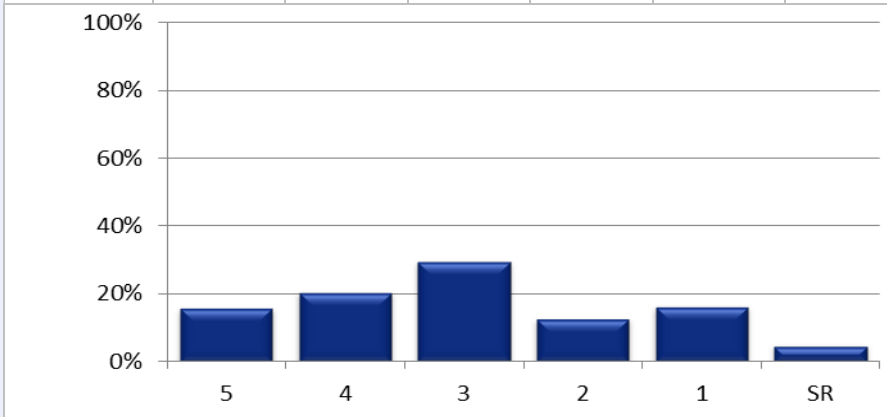
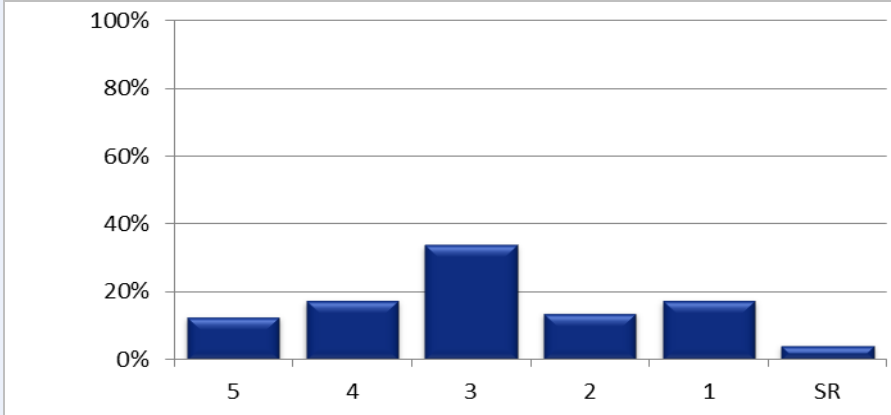
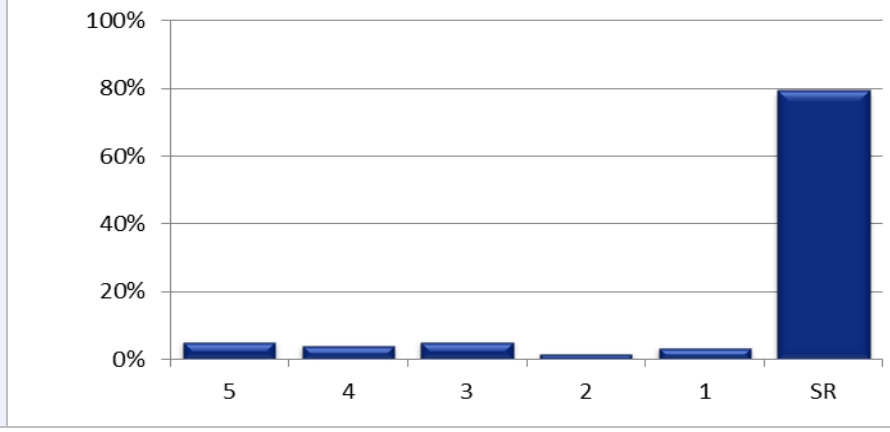
Question	Réponse	5 *Tout à fait d'accord*	4	3	2	1 *Pas du tout d'accord*	SR	TOTAL
Il peut être difficile pour un(e) infirmier(e) de coordonner la check-list en particulier s'il n'y a pas de soutien des médecins.	Nbre	96	36	23	6	7	0	168
	%	57,14%	21,43%	13,69%	3,57%	4,17%	0,00%	100,00%
								
L'échange d'informations orales entre les différents professionnels impliqués est difficile à obtenir.	Nbre	53	45	24	25	21	0	168
	%	31,55%	26,79%	14,29%	14,88%	12,50%	0,00%	100,00%
								
La « théâtralisation » due à la verbalisation à haute voix est difficile à accepter et/ou mettre en œuvre.	Nbre	61	29	34	24	20	0	168
	%	36,31%	17,26%	20,24%	14,29%	11,90%	0,00%	100,00%
								

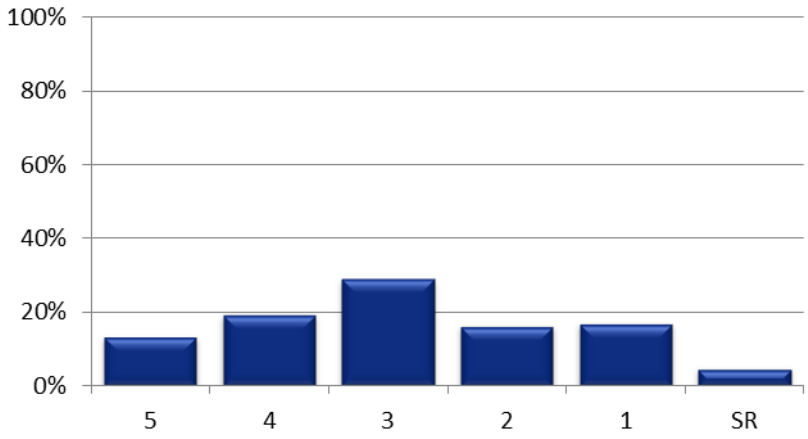
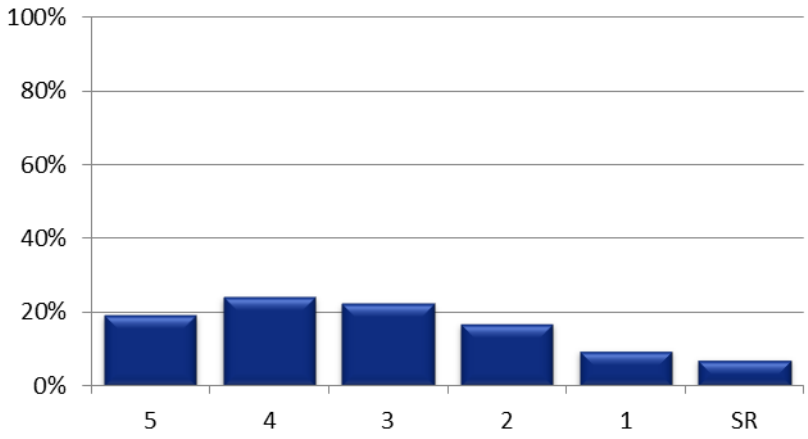
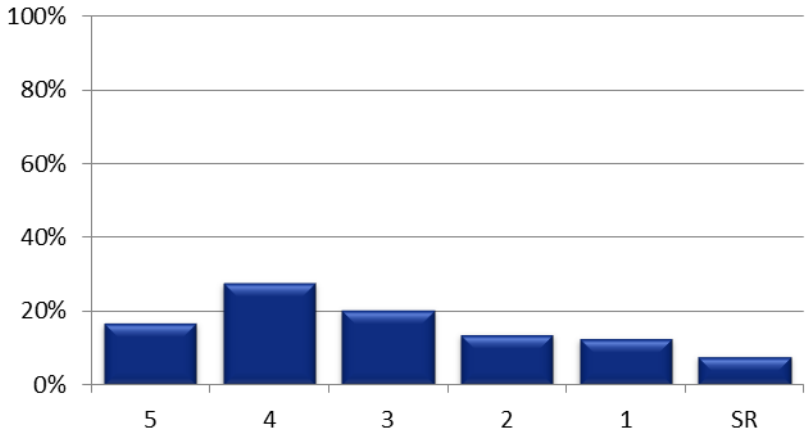
Question	Réponse	5 *Tout à fait d'accord*	4	3	2	1 *Pas du tout d'accord*	SR	TOTAL
Les vérifications multiples sont anxiogènes pour le patient (identité).	Nbre	53	24	26	35	30	0	168
	%	31,55%	14,29%	15,48%	20,83%	17,86%	0,00%	100,00%
								
Certains critères sont confus ou inadaptés ou inapplicables à certaines activités.	Nbre	42	37	40	22	24	3	168
	%	25,00%	22,02%	23,81%	13,10%	14,29%	1,79%	100,00%
								
Le choix des réponses est inadapté/pas assez souple.	Nbre	20	42	48	28	27	3	168
	%	11,90%	25,00%	28,57%	16,67%	16,07%	1,79%	100,00%
								

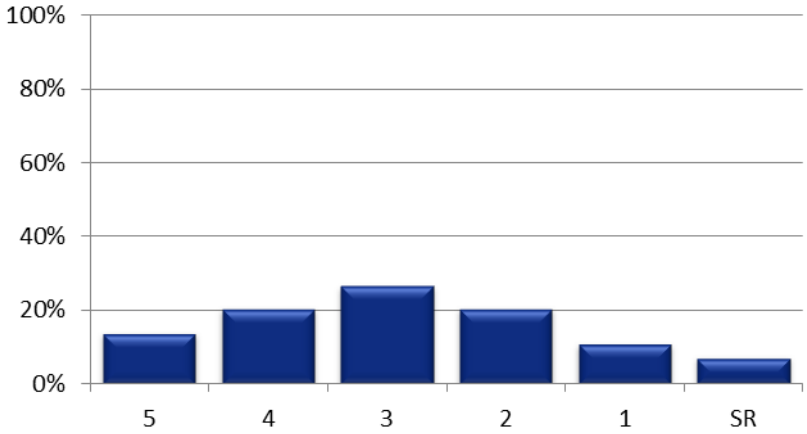
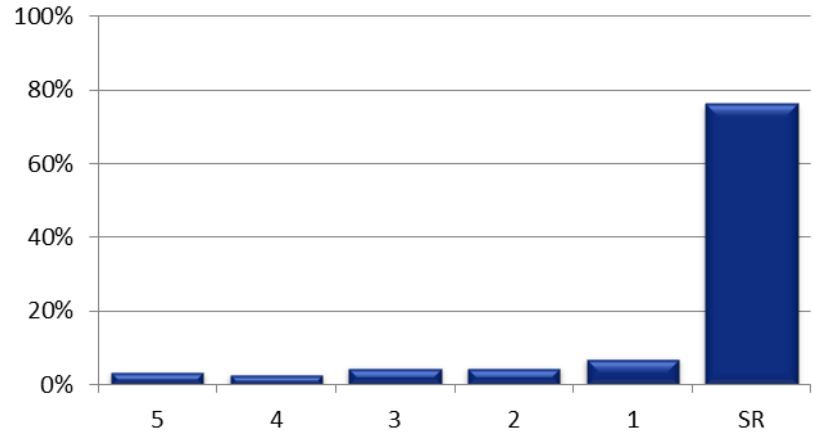
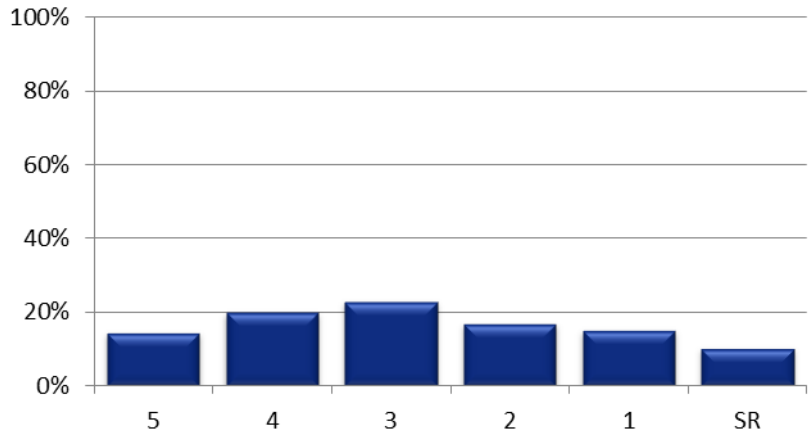
Question	Réponse	5 *Tout à fait d'accord*	4	3	2	1 *Pas du tout d'accord*	SR	TOTAL
Il est dommage que certains risques ne soient pas nominativement abordés (stérilisation des matériels, risque prion…).	Nbre	25	26	34	38	39	6	168
	%	14,88%	15,48%	20,24%	22,62%	23,21%	3,57%	100,00%
								
La check-list est très répétitive, ce qui est un obstacle au maintien de la dynamique.	Nbre	36	35	28	36	30	3	168
	%	21,43%	20,83%	16,67%	21,43%	17,86%	1,79%	100,00%
								
La check-list est une remise en cause des compétences professionnelles.	Nbre	11	9	22	43	82	1	168
	%	6,55%	5,36%	13,10%	25,60%	48,81%	0,60%	100,00%
								

Question	Réponse	5 *Tout à fait d'accord*	4	3	2	1 *Pas du tout d'accord*	SR	TOTAL
La check-list peut entraîner des problèmes médico-légaux, en cas d'événement indésirable.	Nbre	33	32	41	18	37	7	168
	%	19,64%	19,05%	24,40%	10,71%	22,02%	4,17%	100,00%
								
La désignation d'un coordonnateur est difficile car cela pose des problèmes de responsabilité.	Nbre	56	37	28	18	27	2	168
	%	33,33%	22,02%	16,67%	10,71%	16,07%	1,19%	100,00%
								
Lors de la réalisation de la check-list, il arrive que l'on n'ose pas contredire quelqu'un qui donne une réponse erronée.	Nbre	11	16	17	40	79	5	168
	%	6,55%	9,52%	10,12%	23,81%	47,02%	2,98%	100,00%
								

SELON VOUS, LES ÉLÉMENTS SUIVANTS ONT-ILS FACILITÉ (SERAIENT SUSCEPTIBLES DE FACILITER) L'INFORMATION DES PROFESSIONNELS SUR LA CHECK-LIST ET SA MISE EN ŒUVRE DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT ?

Question	Réponse	5 *Tout à fait d'accord*	4	3	2	1 *Pas du tout d'accord*	SR	TOTAL
L'information diffusée par les organismes professionnels et les sociétés savantes.	Nbre	26	34	49	21	27	8	165
	%	15,76%	20,61%	29,70%	12,73%	16,36%	4,85%	100,00%
								
L'information diffusée par la HAS sur son site et *via* les médias professionnels et grand public.	Nbre	21	29	56	23	29	7	165
	%	12,73%	17,58%	33,94%	13,94%	17,58%	4,24%	100,00%
								
Les outils proposés par la HAS (FAQ, mode d'emploi…).	Nbre	9	7	9	3	6	131	165
	%	5,45%	4,24%	5,45%	1,82%	3,64%	79,39%	100,00%
								

Question	Réponse	5 *Tout à fait d'accord*	4	3	2	1 *Pas du tout d'accord*	SR	TOTAL
La préparation de la certification.	Nbre	22	32	48	27	28	8	165
	%	13,33%	19,39%	29,09%	16,36%	16,97%	4,85%	100,00%
								
Les actions d'information organisées au niveau de l'établissement (réunion d'information, diffusion d'outils…).	Nbre	32	40	37	28	16	12	165
	%	19,39%	24,24%	22,42%	16,97%	9,70%	7,27%	100,00%
								
Les réunions d'équipes.	Nbre	28	46	34	23	21	13	165
	%	16,97%	27,88%	20,61%	13,94%	12,73%	7,88%	100,00%
								

Question	Réponse	5 *Tout à fait d'accord*	4	3	2	1 *Pas du tout d'accord*	SR	TOTAL
Les outils d'accompagnement conçus en interne (procédure, adaptations…).	Nbre	23	34	44	34	18	12	165
	%	13,94%	20,61%	26,67%	20,61%	10,91%	7,27%	100,00%
								
Les actions de formation proposées aux professionnels (formation « classique », simulation…).	Nbre	6	5	8	8	12	126	165
	%	3,64%	3,03%	4,85%	4,85%	7,27%	76,36%	100,00%
								
Les actions d'évaluation/audit de la check-list réalisées dans l'établissement.	Nbre	24	33	38	28	25	17	165
	%	14,55%	20,00%	23,03%	16,97%	15,15%	10,30%	100,00%
								

► Interprétation de premier niveau sur la phase 2

L'analyse des résultats nous montre que, si la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » est globalement considérée comme utile et efficace, notamment en termes de partage d'informations essentielles et d'opportunité pour éviter les erreurs, l'avis des professionnels est qu'elle ne permet pas réellement de renforcer les liens entre les différents professionnels de l'équipe.

De plus, plusieurs difficultés sont soulevées par son utilisation, même si son temps de mise en œuvre ne perturbe pas l'activité ; en effet, elle est souvent considérée comme une formalité supplémentaire, redondante avec d'autres documents ou procédures et difficile à mettre en œuvre pour les interventions en urgence ; en outre, il peut être difficile pour l'IDE/IBODE/IADE d'obtenir des réponses et de jouer pleinement son rôle de coordonnateur sans soutien des médecins.

Enfin l'information et la formation des professionnels se révèlent souvent insuffisantes pour une bonne mise en œuvre et utilisation de cette check-list.

6.3 Résultat de la phase 3 : audit observationnel de pratiques et entretiens

► Résultats

L'audit observationnel des pratiques a été réalisé dans 6établissements (2 établissements privés, 4 établissements publics) présentant des activités chirurgicales variées, afin de réaliser l'observation sur différentes spécialités. Un établissement, initialement prévu pour cette phase d'audit des pratiques, n'a pu accueillir l'observation, suite à des dysfonctionnements ; lui a été substitué un autre établissement de même catégorie.

Le temps de présence moyen sur site pour réaliser cet audit de pratiques était d'une journée par site dont 60 % dédié à l'observation et 40 % aux entretiens avec les professionnels.

Le temps moyen consacré à la saisie et à l'analyse des supports d'observation et des guides d'entretien renseignés était de 1 jour par établissement.

- **Observations réalisées lors des interventions**

Les observations réalisées, au nombre de 30, ont porté sur les spécialités suivantes :

- chirurgie générale
- orthopédie
- gynécologie
- cardiologie
- urologie
- ophtalmologie
- chirurgie pédiatrique
- chirurgie digestive
- chirurgie vasculaire
- chirurgie plastique

Les observations se sont adaptées à l'activité du bloc et ont porté sur deux à cinq salles de bloc, dans chaque établissement.

Elles ont permis d'apprécier l'utilisation de la check-list dans différentes situations de prise en charge (chirurgie dans le cadre d'une hospitalisation classique, chirurgie ambulatoire, un cas de chirurgie d'urgence) avec différents protocoles anesthésiques (anesthésie générale - 73 % des cas -, anesthésie locorégionale/anesthésie locale) et mettant en œuvre différentes techniques opératoires avec l'utilisation de différents matériels (dont chirurgie par robot, utilisation d'appareils d'imagerie médicale - colonne de cœlioscopie/appareils de radiographie portable - mise en place de DMI, prothèses de hanche, pacemakers…).

Utilisation du support

Dans tous les cas observés, la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » était mise en œuvre et le support utilisé était celui correspondant à la version V2010-01. Elle était utilisée en support papier sauf dans un site où le support était informatisé dans les salles de bloc.

Un établissement a réalisé un support spécifique, décliné de la version 2010-01, avec deux colonnes « Avant induction » pour faire face à la rupture de flux générée par des actes réalisés pour partie dans une salle en amont de la salle d'intervention (par exemple, pose de cathéter d'analgésie avant la prise en charge en salle d'intervention) ; comme le personnel s'occupant du patient est différent dans ces deux salles, il a été nommé deux coordonnateurs, correspondant aux deux flux existants.

Identification du coordonnateur

Dans tous les cas le coordonnateur de la check-list était nommément identifié sur la check-list (de même que l'anesthésiste et le chirurgien intervenant).

Dans 40 % des cas observés, le rôle de coordonnateur était rempli par l'IADE, dans 57 % des cas il s'agissait de l'IDE ou de l'IBODE et, dans un cas, du cadre du bloc qui palliait l'absence de personnel de salle.

Dans le cas de la check-list informatisée, le personnel présent (dont le coordonnateur) est identifié sur le logiciel (douchette et codes-barres) avant chaque « ouverture de salle » conditionnant une intervention.

Mise en œuvre de la check-list

L'observation de la mise en œuvre a été organisée autour des trois temps forts identifiés dans la check-list :

- avant induction anesthésique ;
- avant intervention chirurgicale ;
- après intervention.

Trois aspects sont examinés :

- observance des bonnes pratiques
- remplissage de la check-list
- Archivage de la check-list.

- **Observance des bonnes pratiques**

Pour respecter l'esprit de la check-list, les questions doivent être intégralement formulées en équipe lors d'un temps de pause.

Les observations menées sur site montrent que ces deux conditions ne sont pas toujours respectées simultanément, ainsi que l'illustre le graphique suivant.

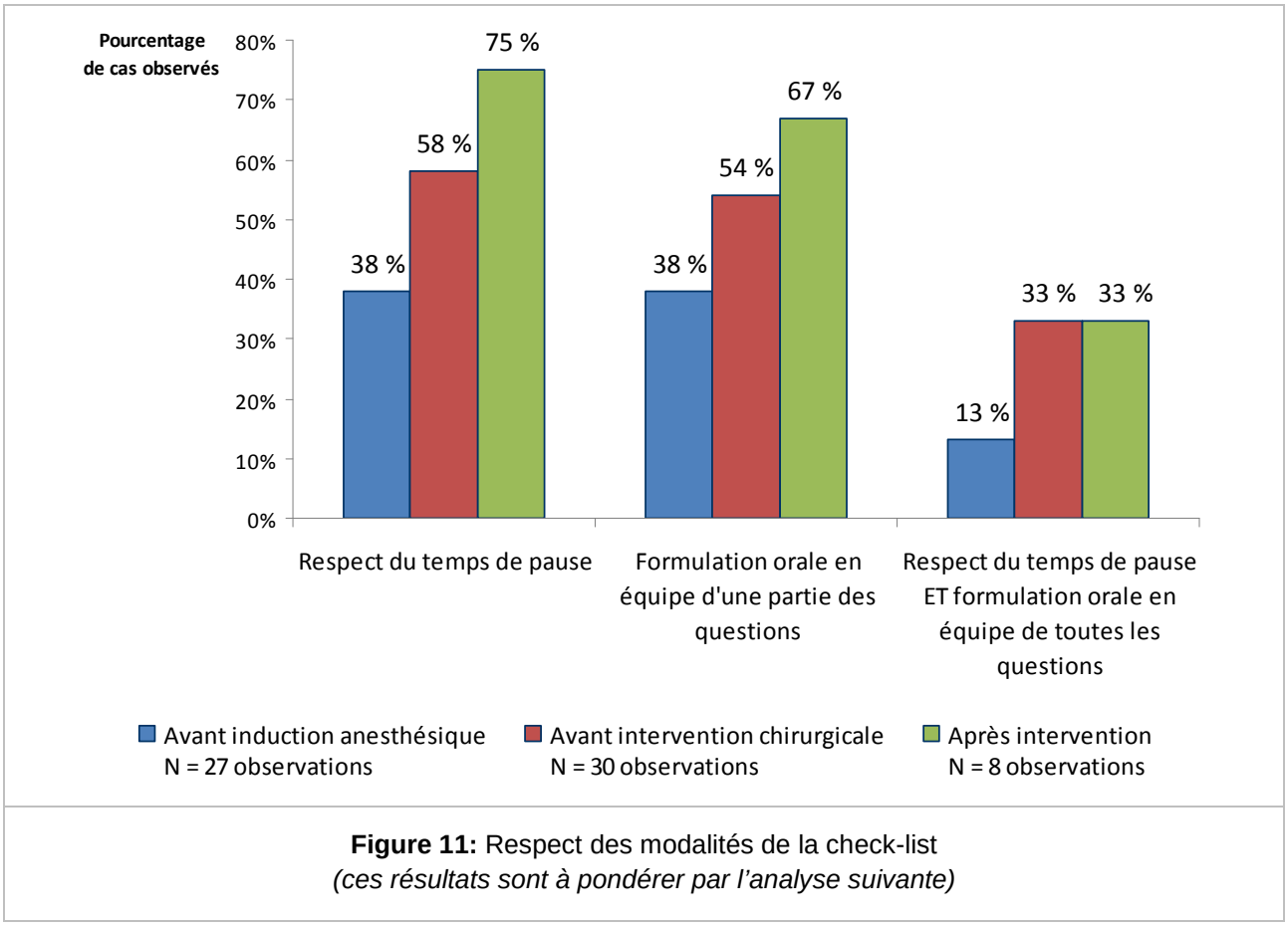


Figure 11: Respect des modalités de la check-list
(ces résultats sont à pondérer par l'analyse suivante)

De plus, la composition de l'équipe n'est pas toujours stable au cours des différents temps de l'intervention, ne permettant pas un décloisonnement systématique des différentes disciplines, ainsi que le montre l'analyse détaillée réalisée pour chaque temps opératoire dans les pages suivantes.

Temps 1 : AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE

Intervenants présents dans le temps 1 :

- anesthésiste : 70 % des cas
- interne en anesthésie : 14 % des cas
- IADE : 74 % des cas

  (remarque : dans 3 % des cas il n'y a ni IADE, ni anesthésiste dans cette phase)
- IBODE/IDE : 85 % des cas
- chirurgien et/ou interne en chirurgie : 61 % des cas
- autres intervenants dont aide-opératoire : 29 % des cas

Analyse détaillée par sous-phase

1 - Identité du patient

Le patient a décliné son nom, sinon, par défaut, autre moyen de vérifier son identité.

Dans 92 % des cas, cette vérification était faite auprès du patient (à l'aide d'une question ouverte dans 73 % des cas), le plus souvent en présence de deux professionnels (généralement IADE et IDE/IBODE), soit dans le sas du bloc, soit dans la salle de pré-induction, soit dans le bloc.

À cette occasion, d'autres points de vérification sont abordés tels que l'intervention et le site opératoire, le respect du jeûne, la préparation et les allergies ; la vérification de ces points aux temps prévus par la check-list n'est alors pas toujours listée en équipe, lors de la réalisation de la check-list.

Tous les patients portaient un bracelet, mais celui-ci n'a jamais été regardé.

2 – L'intervention et le site opératoire sont confirmés

La question est formulée oralement dans 60 % des cas, le plus souvent entre le patient (ou ses parents, en sas, pour les enfants) et le coordonnateur, dans les mêmes conditions que le point 1, « identité du patient ».

Type d'intervention	Verbalisé dans 60 % des cas
Site opératoire	Verbalisé dans 60 % des cas
Présence de la documentation	Verbalisé dans 36 % des cas

3 – Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site/intervention et non dangereux pour le patient	
Mode d'installation	Question posée dans 15 % des cas
4 - Le matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié	
Pour la partie chirurgicale	Abordé dans 13 **%** des cas
Pour la partie anesthésique	Abordé dans 30 % des cas
5 - Vérification croisée par l'équipe de points critiques et des mesures à prendre	
Allergie du patient	Abordé en équipe dans 30 % des cas
Risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque	Abordé en équipe dans 25 % des cas
Risque de saignement important	Abordé en équipe dans 30 % des cas

Temps 2 : AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE	
Intervenants présents dans le temps 2 : - anesthésiste : 25 % des cas - IADE : 46 % des cas - IBODE/IDE : 58 % des cas - chirurgien et/ou interne en chirurgie : 58 % des cas - autres intervenants dont aide-opératoires : 17 % des cas	
Analyse détaillée par sous-phase	
6 - Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe	
Identité patient correcte	Verbalisé dans 50 % des cas
Intervention prévue confirmée	Formulé dans 54 % des cas
Site opératoire correct	Verbalisé dans 50 % des cas
Installation correcte	Question posée dans 42 % des cas
Documents nécessaires disponibles	Demandé dans 33 % des cas
7 - Partage des informations essentielles dans l'équipe sur des éléments à risque/points critiques de l'intervention	
Sur le plan chirurgical	Question posée dans 42 % des cas
Sur le plan anesthésique	Question posée dans 46 % des cas
8 – Antibioprophylaxie	
Antibioprophylaxie effectuée	Verbalisé dans 50 % des cas

Temps 3 : APRÈS INTERVENTION	
Intervenants présents dans le temps 3 : - anesthésiste : 75 % des cas - IADE : 100 % des cas - IBODE / IDE : 100 % des cas - chirurgien et/ou interne en chirurgie : 100 % des cas	
Les résultats de cette phase sont issus d'un nombre plus petit d'observations car il est difficile de prévoir la durée d'intervention ; dans certains cas, les interventions pouvaient être longues et il a été nécessaire de changer de salle pour optimiser les observations.	
Analyse détaillée par sous-phase	
9 - Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe	
De l'intervention enregistrée	Verbalisé dans 63 % des cas
Compte final correct des compresses, aiguilles.	Formulé dans 75 % des cas
Étiquetage des prélèvements, pièces opératoires	Verbalisé pour les trois cas rencontrés et observés
Signalement de dysfonctionnements matériels et des événements indésirables	Verbalisé pour les trois cas rencontrés et observés
10 - Prescriptions conjointes	
Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe	Formulé dans 75 % des cas

- **Remplissage de la check-list**

Dans tous les cas, la check-list était remplie par un personnel infirmier (IDE, IBODE ou IADE).

La check-list comporte dans la quasi-totalité des cas, les informations concernant l'identité du patient et celle des différents intervenants (IADE et/ou anesthésiste, coordonnateur).

Dans le site qui abrite la check-list informatisée, les deux premiers temps sont réalisés simultanément, souvent par l'IDE seule, car le remplissage conditionne l'ouverture de salle.

Dans trois sites, les ruptures de flux ne sont pas gérées correctement et les réponses sont consignées simultanément en salle d'intervention, sans partage réel des informations avec le reste de l'équipe, puisque la vérification est faite en amont.

L'ensemble des items est alors coché « Oui », même sans réelle vérification croisée au sein de l'équipe. Dans un site, il y avait confusion entre « Non recommandé » et « Non ».

- **Archivage de la check-list**

La check-list est archivée dans le dossier patient et dans le logiciel du bloc pour l'établissement dont la check-list est informatisée.

Entretiens conduits sur site : 54 entretiens

- **Profil des répondants**

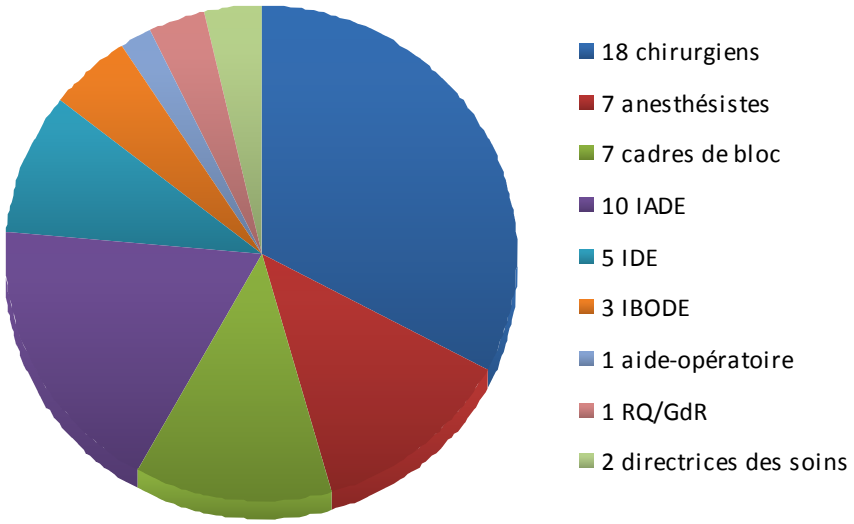


Figure 12: Répartition des répondants aux entretiens sur site selon leur catégorie professionnelle

- **Connaissance des différentes check-lists**

Si tous les personnels interrogés connaissent la version 2010 de la check-list, seuls 74 % d'entre eux connaissent la version 2011, 45 % connaissent ou ont entendu parler de la check-list en endoscopie et 34 % évoquent l'existence d'autres check-lists (par exemple, cathéters veineux centraux).

- **Rôle du coordonnateur**

Interrogés sur le rôle du coordonnateur, 43 % d'entre eux le décrivent comme primordial (« c'est un chef d'orchestre », « il doit s'assurer du partage de l'information en équipe et le retranscrire sur la check-list », « il opère le rapprochement entre les équipes chirurgicale et anesthésique »…) mais 26 % d'entre eux s'accordent à dire que ce rôle est difficile à tenir (« il peut être difficile d'obtenir des réponses », « il faut du courage », « l'IADE est contesté par le chirurgien »…) et un établissement a sélectionné des acteurs à « forte personnalité » pour obtenir une véritable participation d'équipe et endosser le véritable « rôle » de coordonnateur.

Pour ce qui est des personnels les plus adaptés pour ce faire, les réponses sont multiples et mettent en avant l'I(BO)DE - 55 % des suffrages – suivi(e) par l'IADE (11 %), l'anesthésiste (7 %), le chirurgien (5 %) pour donner une véritable impulsion.

Enfin, sur la question de la responsabilité du coordonnateur, celle-ci est qualifiée d'« importante » à « primordiale » dans 24 % des cas, de « collective » dans 44 % des cas.

Un cadre de bloc d'établissement, particulièrement investi dans la mise en place et l'appropriation de la check-list, a même prévu de cosigner la check-list lorsque les items ne sont pas renseignés complètement, faute de réponse des praticiens, notamment.

- **Conditions d'utilisation**

Les temps de pause et les phases sont bien respectés pour 49 % des personnes interrogées, pas toujours respectés pour 27 % d'entre elles et pas du tout respectés pour 24 %. Ces déclarations viennent corroborer les observations réalisées sur le terrain (respect du temps de pause dans 57 % des cas, toutes phases confondues).

Le questionnaire comportant une question particulière sur les prescriptions conjointes, il est apparu que celles-ci font bien l'objet d'un consensus dans 38 % des cas mais dans 11 % des cas, elles sont centrées sur les anticoagulants voire l'antibiothérapie.

Dans 11 % des cas, elles sont réalisées indépendamment, sur deux supports différents et, en règle générale, elles sont le fait de l'anesthésiste.

Enfin l'archivage de la check-list est réalisé dans le dossier du patient, sauf dans le cas de la check-list informatisée, où il était réalisé au bloc et extractible grâce au développement spécifique du logiciel utilisé dans ce bloc.

- **Recours à la check-list suite à une non-conformité**

Six pour cent des personnes interrogées ont dit avoir eu recours à la check-list à distance d'une intervention ; seule une personne interrogée se rappelait les circonstances (l'étiquetage d'un prélèvement d'anatomo-pathologie était non conforme à l'identité du patient : il y avait deux planches d'étiquettes pour des identités différentes dans le dossier du patient).

- **Deux questions sur le « ressenti »**

La première de ces questions portait sur l'introduction des signatures dans la version 2011 ; elle a été posée même si, lors des entretiens, la version 2011 n'était pas en service dans les établissements visités, et formulée comme suit :

« Considérez-vous que le fait de signer la check-list représente une validation ? »

Les personnes interrogées ont répondu par l'affirmative dans 36 % des cas et dans ce cas des commentaires ont pu être faits tels que : « c'est un travail d'équipe, cela retrace les réponses de l'équipe de bloc » ou « signer, c'est un engagement, la marque d'une implication », mais certains s'inquiètent du fait qu'un changement d'équipe est possible pendant l'intervention et que cela reviendrait à apposer sa signature sur des vérifications auxquelles on n'a pas participé.

Enfin, 29 % des personnes interrogées ne se sont pas prononcées.

La seconde question portait sur l'identification des patients, libellée comme suit :

« Considérez-vous que l'approche HAS permette de sécuriser l'identification du patient ? »

Cette question a amené 78 % de réponses positives ; il a même été souligné que ce questionnement du patient sur son identité avait aidé à passer d'une identification du patient par son intervention « c'est la prothèse totale hanche » à une véritable identification de la personne.

De plus, cette question est bien ressentie comme primordiale : « c'est la vérification la plus importante avec celle de l'intervention et du site opératoire ».

- **Commentaires libres**

Cette dernière partie de l'entretien donnait la parole aux professionnels ; les remarques faites par les professionnels sont regroupées par thème.

Remarques des professionnels sur l'utilisation de la check-list, colligées :

- la CL n'est pas adaptée pour les petits gestes (cas des gestes rapides en gynécologie et ophtalmologie par exemple, ni aux interventions sous anesthésie locale) ;

- même si certains praticiens essaient de la mettre en œuvre lors des interventions réalisées en urgence, car c'est souvent dans ces situations qu'il y a des problématiques, elle est jugée trop lourde pour « l'urgence vraie » (*cas cité en exemple : hématome rétro-placentaire) ;*

- en gynécologie, deux gestes peuvent être couplés lors d'une même intervention (*cas cité : cœlioscopie et biopsie du sein*) ; il est alors difficile de mettre en œuvre et d'enregistrer les réponses à moins d'avoir deux check-lists ;

- si certains proposent d'y intégrer d'autres critères (*autorisation d'opérer ou consentement « éclairé »),* la plupart des personnes interrogées la trouvent trop lourde à mettre en œuvre et plusieurs considèrent que « le bloc n'est que le maillon final » d'un processus de prise en charge chirurgicale qui « commence bien en amont et dont chaque acteur devrait verrouiller son travail », ce qui délesterait le bloc de contrôles de dernière minute qui viennent s'additionner aux leurs : « de plus en plus de patients descendent avec leurs bijoux… ».

Suggestions d'évolution faites par les professionnels et colligées :

- « la check-list mélange des thématiques relevant de l'audit de pratiques et d'une vraie check-list ; ce qui a vraiment du sens : l'identité, l'intervention, le côté ». Ces items sont cités à de nombreuses reprises comme des incontournables, voire en y ajoutant le matériel et l'antibioprophylaxie… ;

- « les questions devraient être formulées de façon plus directe » ;

- « la simplification de la CL serait nécessaire en réfléchissant à sa complémentarité avec les fiches de liaison existantes (documents traceurs) » ;

- « il serait bien d'organiser une phase d'essai pour mettre en place une nouvelle version avant toute généralisation ».

► Interprétation de premier niveau sur la phase 3

Les observations réalisées montrent que, du fait des personnels présents aux différents temps de mise en œuvre de la check-list, le seul temps de présence simultanée est le temps 3 et les temps de pause les mieux respectés sont les temps 2 et 3 (mais ce résultat est à pondérer du fait du petit nombre d'observations de la phase 3).

Cela serait justifié par le fait que le temps 1 est aussi celui de la co-activité des équipes chirurgicale et anesthésique ; il est difficile dans ces conditions d'instaurer un temps de pause complet, d'autant qu'un nombre important de vérifications ont été faites en amont, alors que le patient est éveillé (identité, intervention et côté, respect du jeûne, connaissance d'allergies, hygiène corporelle) et souvent lorsque le patient est encore dans le sas, en fonction de l'organisation interne propre à chaque bloc.

De plus, il semble que soient plus facilement posées les questions qui « échappent » à la pratique des intervenants et qui sont spécifiques à chaque patient (dont identité, intervention…).

Celles qui sont relatives à l'installation, au matériel… font partie de leur bonne pratique professionnelle et semblent être moins faciles à exposer en équipe car redondantes avec une documentation de bloc très précise et déjà abondante, d'une part, et que cela pourrait être vécu comme une remise en cause de cette pratique, d'autre part.

Par ailleurs, les observations ont mis en évidence à plusieurs reprises une scission entre l'équipe anesthésique et l'équipe chirurgicale - les problématiques et les prérogatives étant différentes - et entre le corps médical et le corps paramédical.

Dans ces conditions, il est difficile de considérer la check-list comme « un outil de partage entre les membres de l'équipe et de vérification croisée de points critiques ».

Le véritable partage d'informations a lieu en amont du bloc, dans le sas, lorsque l'IBODE ou l'IDE accueille le patient en présence de l'IADE ou lorsque le chirurgien, dans le deuxième temps, expose à haute voix le cas du patient et les temps forts de l'intervention ou encore lorsqu'il y a échange particulier d'informations suite à une installation spécifique (double vérification de côté sur installation en décubitus ventral, par exemple).

Les points majeurs qui ressortent des entretiens avec les professionnels mettent en évidence leurs principales préoccupations :

« Opérer le bon patient, en pratiquant la bonne intervention, du bon côté. »

Enfin, il apparaîtrait important d'adapter la check-list aux différentes utilisations qui peuvent en être faites et qui la font aujourd'hui souvent utiliser par défaut, pour répondre à une obligation réglementaire : c'est le cas des gestes rapides et des interventions sous anesthésie locale (pour lesquelles la phase 1 n'est pas optimisée).

7. Discussion

L'enquête réalisée montre que la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en place dans tous les établissements ayant participé à cette même étude, mais non utilisée systématiquement pour toutes les interventions.

Au travers des questionnaires adressés aux établissements de santé, ainsi que des observations et entretiens réalisés sur le terrain, il ressort que l'information délivrée en amont de l'implantation de la check-list n'est pas optimale pour assurer une utilisation performante.

Les critiques formulées par les professionnels de santé pointent le fait que le libellé des questions manque de clarté et que les thématiques abordées devraient mieux répondre aux problématiques considérées comme essentielles à ce stade de vérification ultime.

Si l'utilisation de la check-list n'est pas considérée comme une perte de temps ou une remise en cause des compétences professionnelles par les acteurs du bloc, elle constitue en revanche, pour eux, une formalité administrative supplémentaire, non intégrée à la pratique professionnelle, pouvant doubler des documents réglementaires existant par ailleurs.

Le rôle du coordonnateur est considéré, dans près de la moitié des cas, comme relevant d'une responsabilité collective. Mais le manque de cohésion entre les différentes catégories professionnelles ou les différents corps de métiers ne contribue pas à faciliter cet exercice.

Le partage d'informations, constituant la clé de voûte de l'utilisation de la check-list, n'est à ce jour pas assez développé.

Toutefois, l'intérêt porté par l'ensemble des professionnels rencontrés témoigne véritablement de l'implication et de la conscience du rôle joué par chacun dans le processus de sécurisation du patient.

Le contrôle institué par la check-list au bloc opératoire constitue une étape de vérification ultime dans le processus global de prise en charge chirurgicale du patient.

Pour optimiser la sécurisation du patient, cette vérification pourrait être resituée dans ce processus global, tout au long du parcours du patient, à chaque étape de vulnérabilité identifiée.

Ainsi chaque acteur contribuerait à améliorer l'ensemble du processus grâce à la mise en place de contrôles intermédiaires. La vérification ultime se verrait alors recentrée sur ses objectifs prioritaires.

Annexes

Annexe 1. Glossaire

Annexe 2. Questionnaire utilisé pour l'enquête collective (enquête déclarative)

Annexe 3. Questionnaire utilisé pour l'enquête individuelle (enquête déclarative)

Annexe 4. Guide d'observation

Annexe 5. Guide d'entretien

Annexe 1 - Glossaire

CCLIN :	centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales
CH :	centre hospitalier
CHU :	centre hospitalier universitaire
CL :	check-list
CME :	commission médicale d'établissement
DMI :	dispositifs médicaux implantables
GCS EPSILIM :	groupement de coopération sanitaire (GCS) nommé « EPSILIM » (expertise, performance et systèmes d'information en Limousin).
ESPIC :	établissement de santé privé d'intérêt collectif
HAS :	Haute Autorité de Santé
IADE :	infirmier(e) anesthésiste diplômé(e) d'État
IBODE :	infirmier(e) de bloc opératoire diplômé(e) d'État
IDE :	infirmier(e) diplômé(e) d'État
LIMESURVEY :	Logiciel de sondage, utilisé ici pour informatiser les questionnaires
PEMSS :	pôle d'expertise médicale pour la sécurité des soins
RQ / GdR :	responsable qualité/gestionnaire de risques
UNAIBODE :	union nationale des associations d'infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État

Annexe 2 - Questionnaire utilisé pour l'enquête collective (enquête déclarative)

Étude sur l'implantation et l'utilisation de la check-list

« *sécurité du patient au bloc opératoire* »

ENQUETE DE PRATIQUES – QUESTIONNAIRE « ÉTABLISSEMENT »

Type d'établissement :

❑ CHU ❑ CH ❑ ESPIC (ex-PSPH) ❑ clinique privée

Nombre de blocs : ……

Date de la dernière visite de certification HAS et version du manuel utilisée :

Date : …… ❑ V1 ❑ V2 ou V2007 ❑ V2010 ❑ NSP

Date de la prochaine visite de certification HAS et version du manuel utilisée :

Date : …… ❑ V2 ou V2007 ❑ V2010 ❑ NSP

Ce questionnaire a été rempli :

- par le conseil de bloc (ou équivalent) ❑ oui ❑ non

- par une équipe pluridisciplinaire : ❑ oui ❑ non

Par :

- au moins un chirurgien ❑ oui ❑ non **- au moins un IDE/IBODE** ❑ oui ❑ non

- **au moins un anesthésiste** ❑ oui ❑ non **- au moins un IADE** ❑ oui ❑ non

- un cadre du service ❑ oui ❑ non **- Autres** ……..

1. PRESENTATION ET ACCOMPAGNEMENT DE LA CL « SECURITE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE »

1-1. La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » a-t-elle fait l'objet d'une présentation en CME ?

❑ oui ❑ non ❑ NSP

1-2. La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » a-t-elle fait l'objet d'une réunion d'information/discussion en conseil de bloc et/ou en réunion d'unité ?

❑ oui ❑ non ❑ NSP

1-3. La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » a-t-elle fait l'objet d'une présentation/information à l'ensemble de l'établissement (affichage, réunion(s), bulletin…) ?

❑ oui ❑ non ❑ NSP

1-4. À votre connaissance, les acteurs ou institutions suivants ont-ils participé à l'information sur la check-list et à sa promotion dans votre établissement ?

La direction	❑ oui ❑ non ❑ NSP
La CME	❑ oui ❑ non ❑ NSP
La direction des soins infirmiers	❑ oui ❑ non ❑ NSP
Le service qualité	❑ oui ❑ non ❑ NSP
Le conseil de bloc	❑ oui ❑ non ❑ NSP
Des médecins de l'établissement	❑ oui ❑ non ❑ NSP
Les organismes professionnels *(sociétés savantes, collèges professionnels organismes d'accréditation…)*	❑ oui ❑ non ❑ NSP
Un réseau régional : PEMSS ou CCLIN	❑ oui ❑ non ❑ NSP
La HAS	
- au travers de sa communication en direction des professionnels et du grand public ou de son site Internet	❑ oui ❑ non ❑ NSP
- au travers de la procédure de certification et de ses outils (auto-évaluation, visite, rencontres experts-visiteurs)	❑ oui ❑ non ❑ NSP
Autre ?	❑ oui ❑ non ❑ NSP
Si oui, lesquels ? ……	

2. UTILISATION DE LA CHECK-LIST « SECURITE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE » (CL)

2-1. La CL est-elle utilisée lors des interventions dans votre(vos) bloc(s) ?
❑ toujours ❑ souvent ❑ rarement ❑ jamais

2-2. La CL est-elle utilisée lors des interventions en urgence ?
❑ toujours ❑ souvent ❑ rarement ❑ jamais

2-3. Dans votre(vos) bloc(s), le mode d'emploi proposé par la HAS a-t-il été complété par un ou des documents « maison » (protocole d'utilisation, document à visée pratique…) ?
❑ oui ❑ non

2-4. Selon vous, le mode d'emploi proposé par la HAS devrait-il être complété par d'autres outils d'accompagnement ?
❑ oui ❑ non ❑ ne se prononce pas

2-5. Le coordonnateur de la CL est-il identifié lors des interventions ?
❑ toujours ❑ souvent ❑ rarement ❑ jamais

2-6. Quelle catégorie de professionnel est le plus souvent identifiée comme coordonnateur ?
❑ chirurgien ❑ anesthésiste ❑ IDE/IBODE ❑ IADE ❑ N/A

2-7. Le renseignement des items de la CL est–il fait oralement ET en concertation avec les professionnels concernés ?
❑ toujours ❑ souvent ❑ rarement ❑ jamais

2-8. Le remplissage de la CL est–il fait :
pour le temps 1 (première colonne) juste avant l'induction anesthésique ?

❑ toujours ❑ souvent ❑ rarement ❑ jamais

Pour le temps 2 (deuxième colonne) juste avant l'intervention chirurgicale ?

❑ toujours ❑ souvent ❑ rarement ❑ jamais

Pour le temps 3 juste après l'intervention et <u>avant</u> la sortie de salle d'opération ?

❑ toujours ❑ souvent ❑ rarement ❑ jamais

2-9. Arrive-t-il que tout ou partie de la CL soit remplie <u>après</u> la sortie de salle d'opération ?
❑ toujours ❑ souvent ❑ rarement ❑ jamais

2-10. Les mesures adoptées en cas d'écarts à la CL sont-elles notées sur la CL ?
❑ toujours ❑ souvent ❑ rarement ❑ jamais

2-11. Comment la CL est–elle archivée après l'intervention?

❑ dossier patient papier ❑ dossier patient informatisé ❑ archive bloc ❑ n'est pas archivée

2-12. Selon votre expérience, y a-t-il des critères de la CL :		*Critères concernés*
… qui posent des problèmes d'interprétation ou de compréhension ?	❑ oui ❑ non ❑ ne se prononce pas	
… difficiles à remplir ?	❑ oui ❑ non ❑ ne se prononce pas	
… inutiles ou inadaptés ?	❑ oui ❑ non ❑ ne se prononce pas	
… qui vous semblent manquer ?	❑ oui ❑ non ❑ ne se prononce pas	

2-13. Avez-vous ajouté des items à la CL ?
❑ oui ❑ non

Si oui, lesquels ? ……

2-14. L'utilisation de la CL est-elle évaluée dans votre bloc (évaluation de l'utilisation, analyse des décisions par rapport aux écarts…) ?
❑ oui ❑ non

2-15. Si oui, les résultats ont-ils été présentés/discutés en réunion ?
❑ oui ❑ non

2-16. Si oui, des actions d'amélioration ont-elles été mises en place suite à ce travail ?
❑ oui ❑ non ❑ NSP ou N/A

2-17. Cette évaluation a-t-elle été faite à l'occasion de la préparation de la certification (groupe d'auto-évaluation, enquête interne…) ?
❑ oui ❑ non ❑ NSP ou N/A

3. VOTRE AVIS SUR L'UTILITE DE LA CL « *SECURITE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIR E*»

3-1. Globalement, la CL permet-elle d'améliorer le partage, au sein des équipes, des informations sur le patient et/ou l'intervention ?
❑ oui ❑ plutôt oui ❑ plutôt non ❑ non ❑ ne se prononce pas

3-2. La CL permet la vérification de certains points essentiels avant la réalisation de l'intervention
oui ❑ plutôt oui ❑ plutôt non ❑ non ❑ ne se prononce pas

3-3. La CL a-t-elle déjà permis dans votre(vos) bloc(s) d'éviter une erreur ou de détecter un dysfonctionnement ?
❑ oui, une fois ❑ oui, plusieurs fois ❑ non

Donner un exemple : ……

……

3-4. La CL a-t-elle déjà dans votre(vos) bloc(s) entraîné la déprogrammation d'une intervention ?
❑ oui, une fois ❑ oui, plusieurs fois ❑ non

Donner un exemple : ……

……

3-5. EN CONSIDERANT LES ASPECTS POSITIFS ET NEGATIFS DE LA CL, CELLE-CI VOUS SEMBLE-T-ELLE UTILE POUR AMELIORER LA SECURITE DES PATIENTS AU BLOC OPERATOIRE ?
❑ OUI ❑ PLUTOT OUI ❑ PLUTOT NON ❑ NON ❑ NE SE PRONONCE PAS

Annexe 3 - Questionnaire utilisé pour l'enquête individuelle (enquête déclarative)

Étude sur l'implantation et l'utilisation de la check-list « *sécurité du patient au bloc opératoire* »

Enquête d'opinion – Questionnaire « individuel »

Vous êtes :

☐ chirurgien ☐ anesthésiste ☐ cadre de santé ☐ IDE ☐ IBODE ☐ IADE

Quelle est votre opinion sur les affirmations suivantes concernant l'utilité et l'efficacité de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » (CL), les difficultés que pose sa mise en œuvre et les éléments facilitant son utilisation ?

QUELLE EST VOTRE OPINION SUR L'UTILITÉ ET L'EFFICACITÉ DE LA CL « *SECURITE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE* » ?	Tout à fait d'accord 5	4	⇨ 3	2	Pas du tout d'accord 1	NSP
La CL améliore le PARTAGE, AU SEIN DE L'EQUIPE, DES INFORMATIONS concernant le patient et/ou l'intervention	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La CL permet LA VERIFICATION CROISEE DE CERTAINS POINTS ESSENTIELS avant la réalisation de l'intervention	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La CL est une OPPORTUNITE POUR EVITER LES ERREURS ou dysfonctionnements lors de la réalisation d'une intervention	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La CL permet DE RENFORCER LES LIENS ENTRE LES DIFFERENTS PROFESSIONNELS DE L'EQUIPE	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La CL contribue à DEVELOPPER LA CULTURE SECURITE au sein du secteur d'activité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La CL est un OUTIL INTERESSANT POUR LES PROFESSIONNELS EN FORMATION (médecins ou soignants)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

QUELLES SONT SELON VOUS LES DIFFICULTES SOULEVEES PAR L'UTILISATION DE LA CL « *SECURITE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE* » ?	Tout à fait d'accord 5	4	⇨ 3	2	Pas du tout d'accord 1
La CL est une formalité administrative supplémentaire	☐	☐	☐	☐	☐
La CL entraîne une perte de temps ou ralentit l'activité	☐	☐	☐	☐	☐
La CL est redondante avec d'autres documents ou procédures	☐	☐	☐	☐	☐
La CL est inutile pour certaines interventions rodées	☐	☐	☐	☐	☐
La CL est inutile pour des équipes stables	☐	☐	☐	☐	☐
La CL est difficile à mettre en œuvre pour les interventions réalisées en urgence	☐	☐	☐	☐	☐
Il peut être difficile pour un(e) infirmier(e) de coordonner la check-list, en particulier s'il n'y a pas de soutien des médecins	☐	☐	☐	☐	☐
L'échange d'informations orales entre les différents professionnels impliqués est difficile à obtenir	☐	☐	☐	☐	☐
La « *théâtralisation* » due à la verbalisation à haute voix est difficile à accepter et/ou mettre en œuvre	☐	☐	☐	☐	☐
Les vérifications multiples sont anxiogènes pour le patient (identité…)	☐	☐	☐	☐	☐
Certains critères sont confus ou inadaptés ou inapplicables à certaines activités	☐	☐	☐	☐	☐
Le choix des réponses est inadapté/pas assez souple	☐	☐	☐	☐	☐
Il est dommage que certains risques ne soient pas nominativement abordés (stérilisation des matériels, risque prion…)	☐	☐	☐	☐	☐
La CL est très répétitive, ce qui est un obstacle au maintien de la dynamique	☐	☐	☐	☐	☐

	Tout à fait d'accord 5	4	⇨ 3	2	Pas du tout d'accord 1
La CL est une remise en cause des compétences professionnelles	☐	☐	☐	☐	☐
La CL peut entraîner des problèmes médico-légaux, en cas d'événement indésirable	☐	☐	☐	☐	☐
La désignation d'un coordonnateur est difficile car cela pose des problèmes de responsabilité	☐	☐	☐	☐	☐
Lors de la réalisation de la CL, il arrive que l'on n'ose pas contredire quelqu'un qui donne une réponse erronée	☐	☐	☐	☐	☐

APPRECIATION GLOBALE	Tout à fait d'accord 5	4	⇨ 3	2	Pas du tout d'accord 1
CONSIDÉRANT LES ASPECTS POSITIFS ET NÉGATIFS DE LA CL, CELLE-CI EST UTILE POUR AMÉLIORER LA SÉCURITÉ DES PATIENTS LORS DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES	☐	☐	☐	☐	☐

SELON VOUS, LES ÉLÉMENTS SUIVANTS ONT-ILS FACILITÉ (SERAIENT SUSCEPTIBLES DE FACILITER) L'INFORMATION DES PROFESSIONNELS SUR LA CHECK-LIST ET SA MISE EN ŒUVRE DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT ?	Tout à fait d'accord 5	4	⇨ 3	2	Pas du tout d'accord 1
L'information diffusée par les organismes professionnels et les sociétés savantes	☐	☐	☐	☐	☐
L'information diffusée par la HAS sur son site et via les médias professionnels et grand public	☐	☐	☐	☐	☐
Les outils proposés par la HAS (FAQ, mode d'emploi…)					
La préparation de la certification	☐	☐	☐	☐	☐
Les actions d'information organisées au niveau de l'établissement (réunions d'information, diffusion d'outils…)	☐	☐	☐	☐	☐
Les réunions d'équipes	☐	☐	☐	☐	☐
Les outils d'accompagnement conçus en interne (procédure, adaptations…)	☐	☐	☐	☐	☐
Les actions de formation proposées aux professionnels (formation « classique », simulation…)					
Les actions d'évaluation/audit de la CL réalisées dans l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
Autres :					

Pensez-vous avoir été suffisamment informé et formé sur l'utilisation et l'intérêt/utilité de cette check-list ?

☐ oui ☐ non ☐ ne se prononce

Annexe 4 – Guide d'observation

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

epsilim

ÉTUDE DE L'IMPACT ET DE L'UTILISATION DE LA CHECK-LIST AU BLOC OPÉRATOIRE

GUIDE D'OBSERVATION

Nom de l'établissement :

Date de l'observation :

Spécialité concernée :

Observation :

VERSION UTILISÉE

Version 2011-01	2011–01	2010–01	Informatisée :	OUI	NON
VERSION PERSONNALISÉE	Informatisée : OUI*	NON*			
	Commentaires :				

IDENTIFICATION

Identification du patient	Sur la CL :					
	Nom :	OUI*	NON*	Prénom :	OUI*	NON*
	Sexe			Âge / date de naissance		
	Étiquette codes-barres					
Identification de l'équipe de bloc (type d'identification : abréviations, initiales, en clair…)	Bloc			Salle		
	Date d'intervention			Heure de début		
	Chirurgien intervenant			Anesthésiste intervenant		
	Coordonnateur CL					
	Identification de l'établissement					
Unité médicale adresseuse	Indiqué sur la CL ?		OUI*	NON*		
Type d'intervention						
Mode d'archivage	Indiqué sur la CL ?		OUI*	NON*		

TEMPS AVANT INDUCTION

OBSERVATION	EN SALLE	COMPARAISON AVEC REPONSE CONSIGNEE SUR LA CHECK-LIST
Personnel présent en salle avant l'induction et identifié	Chirurgien : OUI* NON* Nombre : Anesthésiste : OUI* NON* Nombre : IADE : OUI* NON* Nombre : IBODE/IDE : OUI* NON* Nombre : Coordonnateur CL (fonction à préciser) : Autres (préciser) :	
Le lieu du début de l'intervention (induction) est-il le même que celui de l'intervention ?	Si non, la CL commence-t-elle en salle d'induction ?	
Comment est vérifiée l'identité du patient ?	Si le patient est capable de décliner son identité : Lui pose-t-on une question : ouverte* fermée* ? Le patient porte-t-il un bracelet ? OUI* NON* Si oui, fait-on une double vérification à l'aide du bracelet ? OUI* NON* Si le patient est incapable de décliner son identité : La vérification se fait-elle avec un bracelet ? Autre (préciser) :	
① L'identité du patient est correcte		

OBSERVATION	EN SALLE	COMPARAISON AVEC REPONSE CONSIGNEE SUR LA CHECK-LIST
② Intervention et site opératoire	Interrogation du patient ? OUI* NON* Recours aux documents ? OUI* NON* *Fiches navettes service / bloc, autres :* *Si oui, vérifier l'identité sur les documents* *Marquage du site opératoire* OUI* NON* *Comment ?*	
③ Mode d'installation	Type d'intervention connu ? OUI* NON* Modalités d'installation connues ? OUI* NON*	
④ *Préparation cutanée*	Vérification réalisée ?	
⑤ Vérification de la disponibilité et du bon fonctionnement équipement / matériel	Matériel anesthésique OUI* NON* Matériel chirurgical OUI* NON* DMI OUI* NON*	

OBSERVATION	EN SALLE	COMPARAISON AVEC REPONSE CONSIGNEE SUR LA CHECK-LIST
⑥ Vérifications croisées (Noter comment sont posées les questions et sont apportées les réponses : consultation de dossier de pré-anesthésie…)	Risque allergique : Risque inhalation : Risque de saignement important : Si oui, vérification des mesures prises :	
REMARQUES	Ces vérifications ont-elles fait l'objet d'un temps de pause organisé ?	

TEMPS AVANT INTERVENTION

OBSERVATION	EN SALLE	COMPARAISON AVEC REPONSE CONSIGNEE SUR LA CHECK-LIST
Personnel présent en salle avant l'intervention	Chirurgien : OUI* NON* Nombre : Anesthésiste : OUI* NON* Nombre : IADE : OUI* NON* Nombre : IBODE/IDE : OUI* NON* Nombre : Autres (préciser) :	
⑦- Comment est confirmée l'identité du patient	La question est posée oralement à l'équipe OUI* NON* Vérification par bracelet ? OUI* NON* Autre (préciser) :	
⑦- Intervention et site opératoire	L'intervention est confirmée oralement OUI* NON* Recours aux documents ? OUI* NON* *Fiches navettes service / bloc, autres :* *Si oui, vérifier l'identité sur les documents* *Marquage du site opératoire ?* OUI* NON* *Comment ?*	
⑦- Mode d'installation	Type d'intervention connu ? OUI* NON* Modalités d'installation connues ? OUI* NON*	
⑦- Documents nécessaires disponibles	Recours aux documents ? OUI NON *Si oui, vérifier l'identité sur les documents*	

OBSERVATION	EN SALLE	COMPARAISON AVEC REPONSE CONSIGNEE SUR LA CHECK-LIST
⑧-Partage des informations essentielles	Sur le plan chirurgical *(noter les informations)* : Sur le plan anesthésique *(noter les informations)* :	
⑨-Antibioprophylaxie	Vérification de l'antibioprophylaxie OUI* NON* *Vérification de la préparation du champ opératoire* OUI* NON*	
REMARQUES	Ces vérifications ont-elles fait l'objet d'un temps de pause organisé ?	

TEMPS APRÈS INTERVENTION

OBSERVATION	EN SALLE	COMPARAISON AVEC RÉPONSE CONSIGNÉE SUR LA CHECK-LIST
Personnel présent en salle avant la sortie	Chirurgien : OUI* NON* Nombre : Anesthésiste : OUI* NON* Nombre : IADE : OUI* NON* Nombre : IBODE/IDE : OUI* NON* Nombre : Autres, (préciser) :	
⑩- Confirmation des points à vérifier	Intervention enregistrée OUI* NON* Compte final OUI* NON* Étiquetage des prélèvements OUI* NON* Comment est vérifiée la cohérence des identités ? Déclaration d'événements indésirables ? Si oui, quel est le support utilisé ? (fiche de signalement, déclaration informatisée)	
⑪- Prescriptions conjointes	Qui rédige la prescription ? Chirurgien OUI* NON* Anesthésiste OUI* NON* Consensus entre chirurgien et anesthésiste ? OUI* NON*	

OBSERVATION	EN SALLE	COMPARAISON AVEC REPONSE CONSIGNEE SUR LA CHECK-LIST
DÉCISION CONCERTÉE (non-conformité ou items avec * sur CL)		
Emargement final	Le document est-il signé ? Par qui ?	
REMARQUES	Ces vérifications ont-elles fait l'objet d'un temps de pause organisé ?	

Annexe 5 – Guide d'entretien

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

epsilim

ÉTUDE DE L'IMPACT ET DE L'UTILISATION DE LA CHECK-LIST AU BLOC OPÉRATOIRE

GUIDE D'ENTRETIEN

Nom de l'établissement :

Date de l'observation :

Professionnel rencontré :

Spécialité concernée :

Avez-vous rempli un questionnaire individuel sur la CL ?	OUI NON Si non, faire remplir le questionnaire individuel
Depuis combien de temps utilisez-vous la check-list de bloc opératoire ?	
Connaissez-vous les différentes versions (2010-01 , 2011-01, endoscopie…) de check-list ?	

Identification de l'équipe de bloc	Comment êtes-vous identifié sur la CL ? (initiales, en clair) Signez-vous systématiquement la CL (si version 2011 en service) ? Considérez-vous que cela représente une validation ?
Rôle du coordonnateur	Comment percevez-vous le rôle du coordonnateur ? Quelle serait, pour vous, la fonction idéale pour assurer la coordination ?

	Comment percevez-vous la responsabilité associée à cette fonction ?
Déroulement	Le recueil des questions se fait-il en respectant les temps de pause et les phases ?
Identité du patient	Considérez-vous que l'approche HAS permet de sécuriser l'identification du patient ?
Points bloquants	Quels sont, pour vous, les points bloquants (go, no go) de la check-list ?
Prescriptions conjointes	Les prescriptions pour suites opératoires sont-elles faites conjointement ?
Mode d'archivage	Connaissez-vous le mode d'archivage de la CL ?

	Avez-vous été amené à vous reporter au document renseigné a posteriori ?
Remarques	

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax. : +33 (0) 1 55 93 74 00

ISBN : 978-2-11-128518-7